Е. М. ШВАРЦМАН

КРАТКИЙ КУРС ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

МЕДГИЗ - 1947

Проф. Е. М. ШВАРЦМАН

КРАТКИЙ КУРС ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

С ПРЕДИСЛОВИЕМ
действительного члена Академии медицинских наук
М. С. МАЛИНОВСКОГО

276 рисунков в тексте

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ»
СВЕРДЛОВСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ 1947

Глубокоуважаемому заслуженному деятелю науки
профессору МИХАИЛУ СЕРГЕЕВИЧУ МАЛИНОВСКОМУ
в день тридцатипятилетия его врачебной и научной деятельности
в руководимой им Акушерско-гинекологической клинике
I Московского медицинского института
посвящает свой труд
автор

ПРЕДИСЛОВИЕ

«Краткий курс оперативной гинекологии» является пособием для молодых врачей-гинекологов. «Курс» содержит описание операций, произведенных автором на протяжении многих лет хирургической работы и преподавательской деятельности в акушерско-гинекологической клинике I Московского медицинского института в основном и в других лечебных учреждениях и клиниках Москвы.

В пособии не приводятся описания редких гинекологических операций (например, образование искусственного влагалища, операция по поводу рака наружных половых органов и т. п.). Врачи, настолько опытные, чтобы выполнить подобные операции, смогут познакомиться с ними по большим руководствам или монографиям.

Задачей клиники и автора являлось, таким образом, преподать молодому врачу элементы оперативной гинекологии, всесторонне проверенные и оправдавшие себя на протяжении многих лет практической работы.

Книга снабжена большим числом рисунков, иллюстрирующих текст. В тексте почти нет ни статистических, ни литературных ссылок, которые могут загромоздить изложение.

Если «Краткий курс» поможет молодому врачу в течение первых нескольких лет его самостоятельной практической работы и послужит основой для его дальнейшего хирургического развития, то акушерско-гинекологическая клиника и автор будут считать свою задачу выполненной.

Действительный член Академии наук

М. Малиновский

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Не подлежит никакому сомнению, что результаты оперативной деятельности каждого хирурга в основном зависят от качества самого хирурга: чем лучше подготовлен врач, чем больше его опыт, тем лучше и результаты его хирургической работы. Было бы, однако, большой ошибкой полагать, что хирургом и, в частности, хирургом-гинекологом «нужно родиться». В каждой отрасли знания и искусства имеются, конечно, представители, более одаренные, но на основании повседневного опыта следует признать, что при надлежащей настойчивости и, главное, врачебной добросовестности, врач может с успехом овладеть основами оперативной хирургии (resp. гинекологии) и с пользой работать на этом поприще.

Оперативная гинекология не является самостоятельной специальностью, а представляет собой лишь часть обширной науки о биологии и патологии женщин. Оперативное вмешательство основывается на достаточном понимании патологического процесса, подлежащего оперативному исправлению.

О с н о в н о й   в р а г,   п р о т и в   к о т о р о г о   д о л ж н о   б ы т ь   н а п р а в л е н о   в с е   в н и м а н и е   х и р у р г а,   э т о — и н ф е к ц и я.

Однако внедрение микробов, без участия которых вообще не бывает инфекции, не является единственной причиной заражения во время операции. Огромное значение для профилактики раневой инфекции имеет не только — или, вернее, не столько — уничтожение возбудителей инфекции, сколько предохранение операционной раны от занесения микробов и особенно соблюдение условий, препятствующих распространению бактерий, которые в известной степени неизбежно попадают в операционную рану.

Оперативная работа состоит из двух элементов, которые имеют общую основу — науку. Одной стороной работы по оперативной гинекологии является то, что отличает ее от оперативной работы в любой другой отрасли медицины, например, в отоларингологии, офталмологии, общей хирургии и т. п. Эта сторона требует специальных знаний и установок.

Другую сторону оперативной гинекологии, как и вообще всякой оперативной деятельности, можно назвать организационной. Если правильная организация работы является непременным условием всякой деятельности вообще, то успешная работа по хирургии немыслима без правильной организации, без продуманного

до мельчайших деталей плана работы. **Правильная организация работы является основным методом борьбы с раневой инфекцией.** Бессистемная хирургическая деятельность может свести к нулю результаты работы самых блестящих хирургов.

Строго продуманная организация работы может в значительной степени компенсировать даже весьма серьезные недостатки хирурга, как, например, не вполне совершенную оперативную технику. Особенно важна эта организационная сторона в оперативной деятельности для молодого хирурга, поставленного на самостоятельный участок работы.

I. ОБЪЕКТ ОПЕРАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ — БОЛЬНАЯ

а) Показания к операции

Хирургическое вмешательство должно иметь место лишь после того, как исчерпаны все доступные методы консервативного лечения. Статистика неумолима, и как бы тщательно ни было обставлено хирургическое вмешательство, определенный процент операций может иметь неблагоприятный исход, вплоть до летального. Тем более тяжело, если неблагоприятный исход падает на операцию, безусловная своевременность или необходимость производства которой находилась под сомнением. Чем менее опытен врач, чем меньше его теоретическая подготовка, тем шире ставятся им показания к операции. Показания к операции должны быть тщательно продуманы и строго обоснованы, что должно найти четкое отражение в записях истории болезни. Не меньшее значение имеет правильная оценка не только показаний, но и противопоказаний к производству операции.

б) Правильный выбор метода операции

Кроме обоснования необходимости хирургического вмешательства, каждый вдумчивый хирург должен, не впадая в трафарет, индивидуализировать и самый выбор операции, сообразуясь с характером болезни, с особенностями возраста и условий жизни и труда больной. Так, например, с одной стороны, было бы совершенно нецелесообразным ограничиться при полном выпадении матки и влагалища одной лишь вентрофиксацией матки (по любому способу) без исправления недостаточности тазового дна. С другой стороны, совершенно излишне прибегать к вентрофиксации матки (или даже к вентросуспензии) при опущении стенок влагалища или матки у женщины в чадородном возрасте. Нецелесообразно, например, делать суправагинальную ампутацию миоматозной матки при наличии значительных разрывов шейки с выворотом (эктропионом) слизистой оболочки цервикального канала. Совершенно нецелесообразно делать по поводу бесплодия дисцизию конической шейки при непроходимости труб.

Чем проще оперативное вмешательство, тем легче оно в техническом отношении и тем лучше оно переносится больной. Однако

нельзя в целях ускорения и упрощения операции отказываться от основных моментов, составляющих сущность операции. Так, например, при выполнении радикальной операции удаления матки с придатками по поводу рака шейки матки следует стремиться к максимальному удалению клетчатки и желез и к резекции значительного отдела влагалища.

В своей оперативной деятельности гинеколог должен в общем стремиться (в рамках целесообразности) к максимальному соблюдению принципов восстановительной и сохраняющей хирургии. Опыт, например, учит, что удаление матки в случаях разрыва последней (во время родов) дает лучшее послеоперационное течение, чем консервативное зашивание разрыва с сохранением матки. Однако было бы огромной ошибкой удалять без разбора матку во всех случаях разрывов.

в) Обследование больной, выбор своевременного (наиболее благоприятного) момента для операции

Предупреждение инфекции должно начинаться с момента поступления больной в приемный покой. Прежде всего необходимо обращать внимание на измерение температуры. При температуре выше 37° не следует принимать больную в хирургическое отделение, если само заболевание, требующее оперативного вмешательства, не сопровождается повышением температуры (например, при перекручивании ножки кисты). Равным образом не следует принимать на операцию больных при наличии фурункулеза и других гнойных очагов на коже. Уже при приеме больной следует обращать внимание на состояние носоглотки и полости рта. При наличии насморка, тонзиллита, гнойного гингивита или распространенного кариеза зубов нерационально делать операцию, если для производства последней нет жизненных показаний (например, внематочная беременность, угрожающее кровотечение).

Огромное значение имеет правильная санитарная обработка больной при поступлении. Мы не считаем рациональным мытье больной в ванне, так как последняя может оказаться рассадником и распространителем инфекции. Больных следует тщательно мыть под теплым душем, причем для каждой больной следует брать стерильную мочалку. Помещение для мытья больных должно хорошо отапливаться. Особое внимание следует обращать на правильное бритье волос на половых частях: бритву следует содержать в чистоте и перед бритьем протирать спиртом или другим дезинфицирующим раствором (например, раствором карболовой кислоты), а главное, бритва должна быть острой, а волосы в достаточной степени намылены. Неправильное бритье травмирует кожу на наружных половых частях и на передней брюшной стенке, а царапины легко нагнаиваются.

Больных нужно до операции тщательно обследовать.

Для благоприятного исхода операции недостаточно одной оперативной техники. Необходимо тщательно разобраться не только

в гинекологическом, но и в общем состоянии больной. Следует интересоваться также условиями труда и быта больной. Если, например, больная незадолго до поступления в больницу соприкасалась с остро заразными больными (с больным скарлатиной ребенком, с больным рожистым воспалением и т. п.), то операцию рационально будет отложить.

Особое внимание должно быть обращено на состояние дыхательных путей, сердца, кишечного тракта и мочевых органов. Это имеет значение не только для выбора метода анестезии, но и для учета общего состояния больной, которой предстоит подвергнуться операции, и, следовательно, для прогноза операции. Безусловно необходимо производить в каждом случае хотя бы элементарные лабораторные анализы (мочи, крови и влагалищного секрета). При наличии воспаления почек, цистита или воспаления почечных лоханок следует предварительно ликвидировать эти заболевания. При диабете следует тщательно взвесить, насколько рационально оперативное вмешательство в настоящий момент, не следует ли операцию отложить или, может быть, вовсе от нее отказаться, заменив ее консервативными мероприятиями (например, применением лучей Рентгена, назначением кольца и т. п.). Следует обращать внимание на картину крови, особенно на реакцию оседания эритроцитов, и при наличии данных, свидетельствующих об инфекционном очаге или недавно перенесенной инфекции, операцию желательно отложить, если само воспаление не является показанием к операции (например, операция задней кольпоцелиотомии при гнойнике дугласова кармана, овариотомия при перекручивании ножки кисты, при некрозе опухоли и т. п.). Если нет специальных показаний, не следует оперировать при реакции оседания эритроцитов выше 20—30 мм (по Панченкову) или меньше 1 часа (по Линценмейеру). При наличии пролежней (язв) на влагалищной части матки или на слизистой влагалища (при пролапсах) необходимо предварительно добиться полного заживления язв, лишь после чего можно приступить к оперативному вмешательству.

При наличии III—IV степени чистоты влагалищных выделений следует (особенно перед влагалищными операциями) назначить в течение нескольких дней тщательные влагалищные спринцевания каким-нибудь дезинфицирующим веществом (например, раствором сулемы 1 : 2 000, марганцовокислым калием, раствором аммаргена 1 : 10 000 и т. п.). Чем чище влагалищная флора, тем больше шансов на благоприятное послеоперационное течение.

Перед операцией следует определять на всякий случай групповую принадлежность крови больной.

В экстренных случаях (например, при разрыве пиосальпинкса, при перекручивании ножки кисты и т. п.) следует оперировать немедленно, не считаясь с фазой менструального цикла. Во всех других случаях следует избегать операции в предменструальный период и во время менструации, так как в это время наблюдается усиленная гиперемия органов малого таза и пониженная сопротивляемость организма.

Тщательное собирание анамнеза и объективное обследование больной дают ряд ценных указаний, необходимых для обеспечения благоприятного исхода предполагаемой операции. Мы, кроме того, придаем большое значение выдерживанию больной в постели в течение нескольких (3—4) дней до операции. Больные за это время отдыхают, привыкают к обстановке. При наличии варикозного расширения вен малого таза и нижних конечностей при постельном режиме достигается уменьшение кровенаполнения в расширенных венах и ретракция стенок сосудов; при пролапсах уменьшаются застойные явления в малом тазу и отечность тканей. В некоторых случаях до операции полезно в течение нескольких дней при помощи сердечных средств тонизировать мышцу сердца (назначая, например, инъекции стрихнина или внутрь Adonis vernalis, Adonilen, строфант и др.). Опыт показывает, что предварительная подготовка сердца значительно улучшает течение послеоперационного периода и, в частности, является одним из наиболее действительных средств для профилактики послеоперационного тромбоза и эмболии.

Накануне операции обязательно следует сделать повторно внутреннее исследование. Каждому гинекологу известны случаи, когда повторное исследование заставляет изменить диагноз и в связи с этим изменить и предполагаемый план операции или даже вовсе отказаться от последней. Особенно важно повторное исследование после тщательного опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Перед операцией вечером больной полезно назначать легкие снотворные средства (Luminal 0,05—0,1 бром, Veronal-natrium 0,3 и т. п.), чем обеспечивается спокойный сон и устраняется бессонница от волнения. Если больную предполагается оперировать под местной или люмбальной анестезией, при которых полностью сохраняется сознание, рекомендуется заранее предупреждать больных о предполагаемом способе анестезии, причем следует с уверенностью обещать им полную безболезненность предстоящей операции.

Диэта больной в течение предоперационных дней должна быть питательной, но не обильной. Следует заботиться о правильном и ежедневном опорожнении кишечника. В случае запоров можно назначать ежедневно очистительную клизму. В день, предшествующий операций, назначается легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, на второе — каша); вечером сладкий чай с сухарем. Утром этого дня назначается слабительное (лучше всего 20,0—30,0 средних солей), а вечером — клизма (независимо от того, подействовало слабительное или нет). Если предполагается оперировать на кишках или по поводу полного разрыва промежности, следует в течение 3—4 дней до операции назначать легкую диэту и обязательно ежедневно ставить мыльную клизму, а накануне операции назначить слабительное (лучше Oleum Ricini 30,0). Вечером накануне операции следует больную побрить острой дезинфицированной бритвой после достаточного намыливания волос на передней брюшной стенке и на половых частях. После бритья больную нужно тщательно помыть с мылом, лучше всего под горячим душем, если же

душа нет, то в чисто вымытой ванне. После мытья больной надевают чистое белье. Мы не применяем сулемовых или других дезинфицирующих или асептических повязок на живот. Эти повязки не достигают цели и, кроме того, они могут мацерировать или раздражать кожу.

На ночь перед операцией рекомендуется обязательно дать порошок веронала (0,3) или люминала (0,1). Рано утром в день операции можно дать больной стакан сладкого чая.

Непосредственно перед операцией обязательно следует предложить больной помочиться (или выпустить мочу катетером).

д) Дезинфекция операционного поля

На операционном столе кожу передней брюшной стенки тщательно протирают сначала бензином (для удаления грязи и обезжиривания), а затем спиртом (70%), после чего она обрабатывается T-ra Jodi.

Кожу следует дезинфицировать на значительном расстоянии, заходя сверху на 2—3 пальца выше пупка, а внизу на переднюю поверхность бедер. При смазывании кожи иодной настойкой нужно следить, чтобы иод не затекал на кожу спины и крестца. Затекание иода может вызвать у больной в послеоперационный период неприятный болезненный дерматит. Особое внимание следует обращать на дезинфекцию пупка. При обработке кожи бензином и спиртом нужно при помощи зажима Кохера вытянуть (вывернуть) пупочный карман, в котором обычно находят комочки грязи даже у весьма чистоплотных особ.

Перед влагалищной операцией дезинфицируют кожу наружных половых частей, заднего прохода и верхнюю треть внутренней поверхности бедер, а также слизистую оболочку вульвы и влагалища, причем следует тщательно обрабатывать многочисленные складки влагалища, особенно препуциальный карман, в котором всегда находится богатая микробами смегма. Мы никогда не моем влагалище перед операцией водой с мылом. Если влагалищные выделения значительно загрязнены, то предпочтительно временно воздержаться от операции, пока не удастся восстановить I—II степень чистоты. При I—II степени чистоты мытье влагалища излишне. Перед влагалищной операцией следует проспринцевать в перевязочной влагалище дезинфицирующим раствором (например, раствором сулемы) 1 : 2000.

Перед абдоминальными операциями, при которых предполагается вскрытие влагалища (например, при тотальной экстирпации матки), следует, как правило, дезинфицировать влагалище спиртом и иодом. Обычно это производится в перевязочной непосредственно перед подачей больной в операционную. Подготовка влагалища при раке шейки (перед операцией Вертгейма) будет изложена ниже (стр. 220).

После дезинфекции операционного поля последнее покрывают стерильным бельем (больную «одевают»); см. ниже, стр. 43.

II. ПОДГОТОВКА ЛИЦ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОПЕРАЦИИ

Принято думать, что подготовка лиц, принимающих участие в операции (врачей, операционных сестер), сводится к рациональной дезинфекции рук. Это не совсем правильно. Основным условием для

действительной асептики является профилактика загрязнения рук. По какому бы способу ни мылись руки, руки загрязненные вирулентными микробами, не могут быть надежно вымыты. Лица, занимающиеся хирургической работой, должны беречь свои руки. Амбулаторный прием, перевязки, гнойные операции и другие манипуляции, сопровождающиеся соприкосновением с инфицированным материалом, следует производить в перчатках. Это относится не только к врачам, но и к операционным сестрам. Операционные сестры и няни не должны совмещать работу в операционной с другой работой, на которой они могут загрязнять свои руки. Придя на работу, операционная няня должна тщательно вымыть руки горячей водой с мылом. В течение операционного дня няня должна неоднократно мыть руки, тщательно каждый раз их вытирая. Сухая, но немытая рука няни менее опасна, чем вымытая, но не вытертая, с которой падают капли воды.

Следует стремиться к тому, чтобы обслуживающий младший персонал операционной был по возможности один и тот же и притом в достаточной степени ознакомленный с элементарными правилами асептики. Вся работа персонала операционной должна находиться под постоянным неусыпным контролем, который дисциплинирует не только контролируемых, но и контролирующего.

Подготовка рук хирургов (и операционной сестры) производится следующим образом. В течение 10 минут руки моют при помощи кипяченых щеток текучей теплой водой с мылом. Мы обычно пользуемся двумя щетками. Руки следует мыть методически, обращая внимание на ногтевые ложа и внутренние поверхности пальцев. Первой щеткой руки моют до локтей, а второй — до средней трети предплечья. Мытье рук в тазах с водой, даже, если воду часто сменяют, менее рационально. Можно пользоваться для мытья рук обыкновенным мылом, положенным в стерильную мыльницу, на блюдечко, лоток или тому подобную посуду. Удобнее и чище пользоваться жидким (зеленым) мылом, налитым в специальный сосуд с ножной педалью. После механической очистки теплой водой с мылом руки следует насухо вытереть стерильным полотенцем или марлевой салфеткой. Должны быть насухо вытерты и клеенчатые фартуки, которые обычно надевают перед мытьем рук. После того как руки вытерты, следует обработать их спиртом (70°) в течение 3—5 минут. Эту манипуляцию нужно производить тщательно, пользуясь марлей, обильно пропитанной спиртом. После обработки спиртом концы пальцев и, особенно, ногтевые ложа смазывают 10% иодной настойкой. Если операцию производят в резиновых перчатках, обработка иодом не обязательна. Только пользование резиновыми перчатками может обеспечить достаточную чистоту (асептику) рук. Там, где нет возможности широко пользоваться резиновыми перчатками, следует ими пользоваться хотя бы во время операций, могущих загрязнить руки лиц, участвующих в них (например, при перитоните, пиосальпинксе, раке шейки матки и т. п.), а также для амбулаторного приема и работы в перевязочной.

Во время операции, особенно длительной, желательно сменять перчатки, причем обязательно следует их сменять после зашивания

влагалища при тотальной экстирпации матки; равным образом желательно сменить перчатки перед зашиванием брюшной раны. Если нет возможности часто менять перчатки или последних нет, следует во время операции несколько раз освежать руки (особенно, если они потеют). Лучше всего смывать кровь теплым стерильным физиологическим раствором или теплым $^1/_2$% раствором нашатырного спирта, после чего насухо вытертые руки следует протереть спиртом.

Чистоту рук лиц, принимающих участие в операции, следует время от времени контролировать при помощи бактериологического

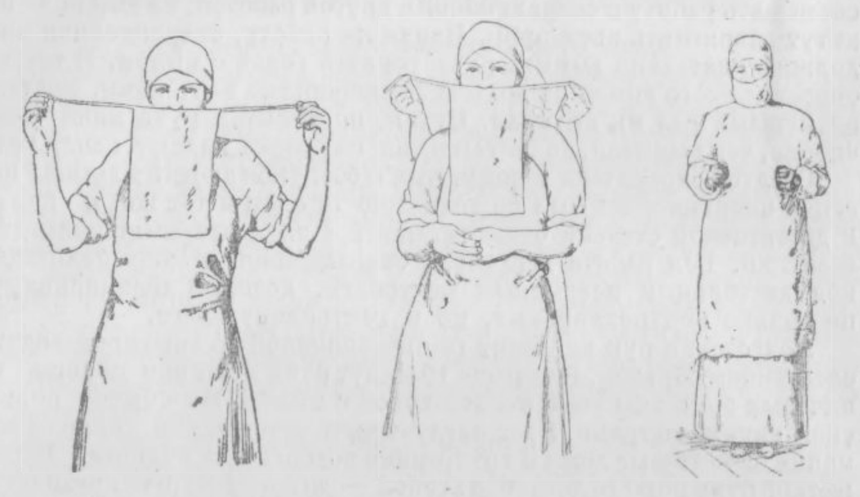


Рис. 1. Надевание марлевой маски (первый момент). Рис. 2. Надевание марлевой маски (второй момент). Рис. 3. Хирург одет.

исследования (посевы с рук на чашках Петри). Лица, участвующие в операциях, должны тщательно следить за кожей рук, оберегая ее от царапин, трещин и других повреждений. После операции полезно смазывать руки глицерином. Правильная подготовка рук хирурга имеет огромное значение. Следует выработать особую щепетильность, особую требовательность к себе в отношении чистоты рук. К сожалению, нередко приходится сталкиваться с недостаточной оценкой значения этого момента в хирургической работе. Это относится не столько к молодым, начинающим хирургам, сколько к врачам, как это ни странно, имеющим уже значительный стаж. Пренебрежительное отношение к асептике в отношении рук обычно невольно распространяется на асептику вообще и влечет за собой печальные последствия. Поэтому уже с первых шагов своей хирургической работы врач **должен выработать в себе особое чувство асептики**, которое не должно заглушаться никакими обстоятельствами.

Подготовив руки, лица, принимающие участие в операции, надевают стерильное белье: колпаки, маски и халаты. Мы пользуемся обычной марлевой маской, которая надевается, как изображено на рис. 1, 2, 3.

Женщины должны тщательно убрать под колпак или косынку волосы. Рукава халата должны быть завязаны у запястья.

Для того, чтобы предохранить операционную от грязи, заносимой в нее на сапогах, желательно по возможности иметь в операционной галоши, которые надевают перед мытьем рук и в которых персонал операционной остается в продолжении всей операции.

Все лица, находящиеся во время операции в операционной, должны надевать марлевые маски, для чего в операционной (или в предоперационной) должен быть в особом барабане достаточный запас стерильных масок, которые операционная няня достает при помощи стерильного корнцанга. Использованные маски можно стирать, стерилизовать и снова пускать в дело.

III. СРЕДСТВА ПРОИЗВОДСТВА ОПЕРАЦИИ

а) Операционная

Величина и оборудование операционной зависят от материальных средств и масштаба лечебного учреждения. Успех операции зависит, однако, не столько от внешних особенностей операционной, сколько от рациональной ее эксплоатации. Опыт показывает, что любую палату, имеющую хорошее освещение, отопление, рациональную вентиляцию и снабженную водопроводной, а затем более теплой водой, можно использовать в качестве операционной, если в этом встречается необходимость.

Основное требование, предъявляемое к операционной, это возможность поддержания в ней надлежащей чистоты. Для этого стены и потолок операционной должны быть выкрашены масляной (лучше эмалевой) краской, что дает возможность мыть стены водой. Можно вместо окраски облицевать стены гладкими плитками. Пол в операционной должен быть выложен плитками. В крайнем случае можно покрыть пол цельным линолеумом. Желательно иметь в полу сток для воды. В операционной не должно быть никаких закоулков, недоступных мытью. Обстановка операционной должна ограничиваться лишь самым необходимым для операции (операционный стол, стол для операционной сестры, запасный сестринский столик, табуретки и подставки для хирурга или ассистентов, столик для наркоза, подушки с кислородом и с углекислым газом, передвижной рефлектор на стойке, стойка для кружки Эсмарха). Инструментальный шкаф, шкаф для материала и другие приспособления и мебель следует вынести в предоперационную комнату. Раковины для мытья рук и инструментов желательно устраивать вне операционной. Если операционная имеет центральное отопление, то батареи должны быть доступны для тщательного мытья со всех сторон. Само собой разумеется, что при голландском отоплении топка должна быть вне операционной.

Пол в операционной нужно мыть ежедневно и, кроме того, вытирать влажной тряпкой после каждой операции. Не менее двух раз в неделю следует обмывать и стены операционной. Выше было уже указано, что во избежание загрязнения операционной желательно, чтобы персонал надевал в предоперационной специальные галоши. Особенно

много грязи с ног накапливается у раковины, поэтому перед мытьем рук тоже желательно надевать галоши. Верхнюю одежду ни в коем случае не следует оставлять в операционной (или в предоперационной).

Кипячение инструментов и стерилизацию материала следует производить в специальном помещении.

Желательно иметь две операционные. В случае непредвиденного загрязнения одной операционной, она может быть подвергнута дезинфекции без прекращения хирургической работы отделения. Если по условиям работы нельзя иметь две операционные, следует рационально распределять операционный день, назначая чистые полостные операции до влагалищных, а операции, в течение которых можно заранее предвидеть соприкосновение с инфицированным материалом (например, операция по поводу рака шейки матки, воспаления придатков и т. п.), назначая последними, а еще лучше — накануне «выходного» (для операционной) дня, чтобы после них можно было основательно вымыть операционную. Несомненно инфицированные случаи (перитонит, гнойный параметрит, гнойный пельвеоперитонит, гнойный бартолинит и т.п.), вовсе не следует оперировать в чистой операционной. При отсутствии специальной «гнойной» операционной эти операции можно производить в перевязочной, после чего инструменты следует тщательно мыть и длительно кипятить. Гнойные операции следует по возможности производить в перчатках. После гнойной операции, произведенной без перчаток, лицам, участвовавшим в ней, следует не менее двух дней воздержаться от чистой хирургической работы.

Желательно, чтобы операционная работала 5 дней в неделю, а именно первые три и последние два дня; в течение двух «нерабочих» дней операционная подвергается тщательной санитарной обработке, заготовляется материал и т. п.

Лицам, работающим в септических отделениях, должен быть запрещен вход в операционную. Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы младший и средний медицинский персонал совмещал работу в операционной с другой работой, связанной с контактом с гнойными или вообще с инфицированными больными. Необходимо обратить серьезное внимание на борьбу с мухами в операционной.

Для рационального естественного (дневного) освещения операционной предложено много конструкционных приспособлений, которые, несомненно, должны быть учтены и использованы при устройстве операционных. Следует, однако, иметь в виду, что и обыкновенных высоких и широких окон достаточно бывает для четкого проведения операции. Какова бы ни была система естественного освещения операционной, ее все же следует обеспечить достаточной силы искусственным источником освещения (обычно — электрический свет в виде висящей над операционным столом сильной электрической лампы с рефлектором). Необходимо иметь (особенно для влагалищных операций) передвижной электрический рефлектор на стойке с длинным шнуром. Если операционная рассчитана на работу ночью (экстренные операции), то следует позаботиться об устройстве аварийного освещения.

Температура в операционной должна поддерживаться на высоте 20—25°. Какова бы ни была система отопления, нужно поддерживать в операционной ровную температуру, не допуская охлаждения и в дни неоперационные.

Вентиляция операционной должна по возможности быть независимой от общей вентиляции здания. Очень рационально иметь нагнетающий электрический вентилятор в окне или в стене для тщательного проветривания операционной после каждой операции. В крайнем случае можно проветривать операционную, пользуясь фрамугами. Во всяком случае нельзя производить проветривание во время операции.

После окончания работы и уборки операционную следует запирать на ключ.

Операционная сестра должна быть осведомлена накануне о характере и последовательности предстоящих операций.

б) Инструментарий

Инструментарий для гинекологических операций не особенно разнообразен и мало чем отличается от хирургических инструментов.

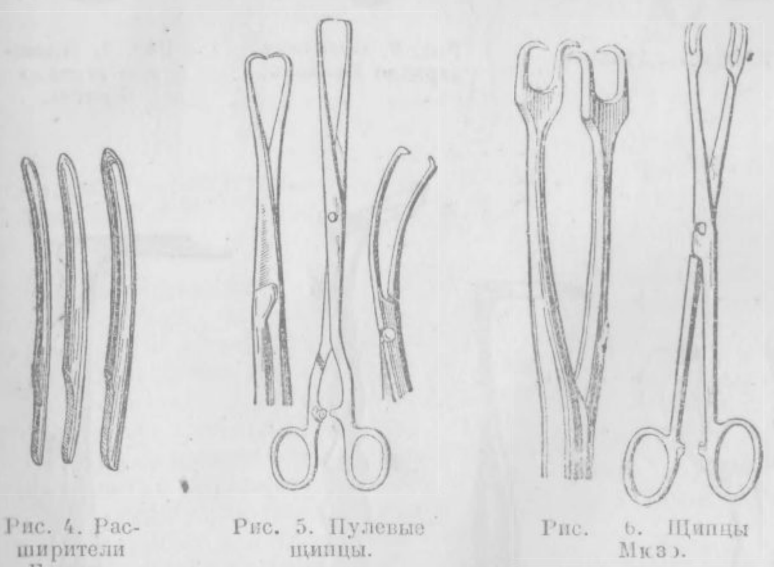


Рис. 4. Расширители Гегара.

Рис. 5. Пулевые щипцы.

Рис. 6. Щипцы Мюзо.

Мы предпочитаем оперировать по возможности длинными инструментами. Применение коротких инструментов (особенно при чревосечениях и работе в глубине таза), связано с опасностью оставления их в полости, с одной стороны, и, с другой стороны, и это самое главное при пользовании длинными инструментами (например, длинными ножницами) операционное поле не заслоняется руками хирурга и его ассистентов, благодаря чему облегчается наблюдение за ходом операции.

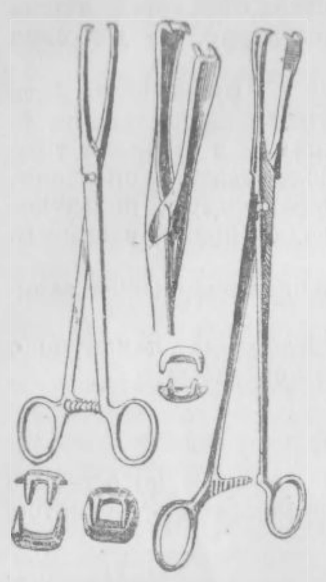


Рис. 7. Щипцы Дуайена.



Рис. 8. Брюшное зеркало Дуайена.



Рис. 9. Брюшное зеркало Фритча.



Рис. 10. Самодержащееся брюшное зеркало.



Рис. 11. Короткое влагалищное зеркало Дуайена.



Рис. 12. Боковое зеркало Дуайена.

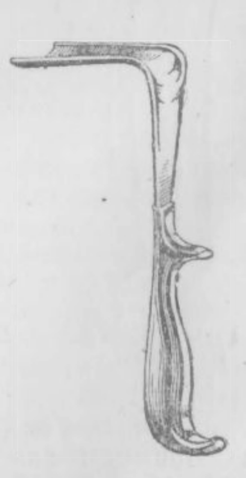


Рис. 13. Длинное влагалищное зеркало Дуайена.

Для разделения тканей необходимо иметь достаточно хорошо отточенные скальпели и ножницы прямые, изогнутые по плоскости (Купера) и изогнутые под углом (Рихтера). Кроме того, желательно иметь ножницы тупоконечные и с острыми концами, а для работы в глубине таза (например, при операции Вертгейма)— длинные ножницы Купера.

Для захватывания тканей необходимо иметь пулевые щипцы, щипцы Мюзо, крепкие Дуайены, пинцеты короткие и длинные (хирургические и анатомические). Можно также пользоваться и кровоостанавливающими пинцетами (зажимами) Пеана и Кохера, причем нужно иметь и длинные зажимы Кохера. Мы охотно пользуемся изо-

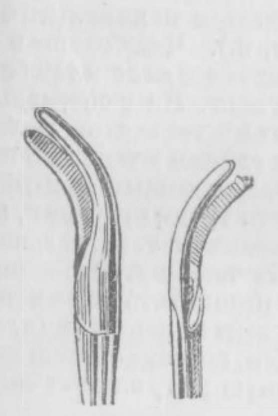


Рис. 14. Изогнутый зажим Микулича.



Рис. 15. Тупой крючок для ран (Оллиера).



Рис. 16. Острый крючок (Кохера).

гнутыми длинными зажимами Микулича, которые весьма удобны для гинекологических операций. Для тупферов необходимо иметь корнцанги (прямые и изогнутые). Желательно иметь и тонкие изогнутые корнцанги, удобные для введения дренажа.

Мы пользуемся исключительно длинным иглодержателем Гегара, который очень удобен для работы в глубине.

Иглы нужно иметь разных размеров. Кроме режущих игол, необходимо иметь и круглые (кишечные) иглы и не менее двух игол Дешана. Для соединения кожных краев нужны металлические скобки Мишеля и пинцет для наложения скобок.

Для опорожнения кисты при овариотомии желательно иметь троакары разных размеров.

Очень удобны для захватывания ткани (яичников) так называемые овариальные щипцы (можно пользоваться для этого и абортцангами).

Для раздвигания брюшной раны необходимо зеркало Фрича, зеркала Дуайена и «самодержащееся» зеркало Коллена; кроме того, для раздвигания раны желательно иметь крючки (например, крючок для ран Оллиера).

В наборе для гинекологического чревосечения всегда необходимо иметь кишечные зажимы и металлические катетеры (мужской и женский).

Для влагалищных операций необходимы влагалищные зеркала различных размеров (например, Фрича, Дуайена) и подъемники.

Для выскабливания полости матки нужен набор металлических расширителей Гегара, маточный зонд и острые кюретки разных размеров.

Стерильные (прокипяченые по всем правилам) инструменты операционная сестра раскладывает перед операцией в определенном порядке и в определенном количестве. Мы всегда пользуемся сухими инструментами.

Во время операции следует пользоваться минимальным количеством инструментов (кохеров, пеан и т. п.). Чем больше в ране инструментов, тем менее обозримо операционное поле и тем более шансов оставить в брюшной полости инструмент. Но у операционной сестры всегда должен иметься запас чистых инструментов. Нельзя пользоваться на протяжении всей операции одними и теми же инструментами. Мы находим излишним считать загрязненным каждый инструмент, бывший однажды в употреблении во время операции, но все же нельзя пользоваться пинцетами, кохерами и т. п., загрязненными запекшейся кровью — их надо заменять чистыми. После определенных этапов операции следует вообще переменить все инструменты, причем операционная сестра должна сменить перчатки (или помыть руки) и белье на операционном столе (см. описание отдельных операций). Во всех случаях зашивать брюшную рану следует чистыми инструментами.

Ни хирург, ни ассистенты не должны накапливать около себя (около операционной раны) использованные инструменты или создавать «запас» инструментов. Использованный инструмент следует тотчас же выбросить в специальный таз (выстланный простыней) или возвратить операционной сестре. Равным образом нельзя хирургу самому «х в а т а т ь» инструменты со столика операционной сестры. В главе о мерах предупреждения оставления в ране инородных тел мы еще вернемся к вопросу о порядке пользования инструментами во время операции.

в) Шовный материал

Мы пользуемся для гинекологических операций преимущественно кетгутом, шелк же применяем исключительно для зашивания кожи или пузырных свищей, для зашивания прямой кишки при полном разрыве промежности (см. описание отдельных операций). Мы никогда не накладываем погружных шелковых лигатур. Для соединения краев кожной раны кроме шелка мы охотно пользуемся металлическими скобками Мишеля.

От стерильности шовного материала в значительной степени зависит исход операции. Мы наблюдали даже случаи смертельных перитонитов и сепсиса в результате пользования инфицированным шовным материалом (кетгутом). Стерильность кетгута и шелка (особенно кетгута, как продукта кишок) должна быть проверена при помощи

бактериологических методов (посевов) тотчас после приготовления и время от времени (но систематически) проверяться и в дальнейшем.

Нити стерилизованного шелка и кетгута различной толщины погружают: шелк — в сахарный бульон, а кетгут — в бульоне 0,2% содержанием гипосульфита. Гипосульфит связывает иод и тем самым способствует росту микробов, если они имеются в кетгуте. Посев производится в условиях, соответствующих обстановке при операции, т.е. в операционной на инструментальном столике стерильными инструментами, в перчатках (если они имеются) и в маске.

В операционной (у операционной сестры) должен быть журнал (тетрадь), куда заносится дата и результаты исследования кетгута на стерильность.

Шелк мы в настоящее время не моем и не проводим через эфир и спирт. Шелк стерилизуется, как марля и прочий материал, в автоклаве и в стерильном виде хранится в стерильной банке с 95° винным спиртом. Благодаря такому способу приготовления достигается, с одной стороны, полная стерильность шелка, а с другой,— он совершенно не раскручивается (не размочаливается).

Кетгут нельзя, к сожалению, стерилизовать в автоклаве. Существует много способов обеспложивания кетгута. Нас вполне удовлетворяет способ стерилизации кетгута, описанный в «Оперативной гинекологии» проф. Окинчица. Кетгут разматывают на отдельные нити и погружают на 7 дней в следующий раствор:

иодистого калия	10,0
иода чистого	10,0
воды	1000,0

После этого он погружается на 48 часов в эмульсию следующего состава:

ксероформа	5,0
глицерина	25,0
этилового эфира	100,0
винного спирта 95°	500,0

Для приготовления эмульсии ксероформ тщательно растирают в ступке с глицерином, затем, продолжая растирать, постепенно прибавляют спирт и, наконец, добавляют эфир; приготовив эмульсию, ее взбалтывают и заливают ею кетгут. По прошествии 48 часов кетгут вынимают из эмульсии, сушат не менее суток в стерильном полотенце, после чего погружают в стерильную банку со спиртом, в котором он и хранится. На операцию кетгут подается сухим.

Приводим еще способ стерилизации кетгута, применявшийся нами с хорошими результатами в течение многих лет. Кетгут погружают на 2 суток в бензин, затем перекладывают на 1 сутки в эфир, после чего кладут на 14 суток в жидкость следующего состава:

иодистого калия	
чистого иода	$\overline{aa}$ 5,0
винного спирта 96°	500,0

В этой жидкости он и сохраняется. Преимуществом первого способа является то, что кетгут в водном растворе иода с иодистым калием разбухает, что способствует глубокому пропитыванию его иодом.

Для операции вынимают из банки определенное количество кетгута. Оставшийся после операции неиспользованный кетгут обычно не кладут обратно в основную банку, а погружают в другую банку с той же жидкостью. Остатками кетгута обычно пользуются для малых гинекологических операций, причем и эти остатки должны время от времени подвергаться бактериологическому контролю. Мы пользуемся обычно четырьмя номерами кетгута (0,1,3,4).

Никто, кроме операционной сестры, не имеет права вынимать из банки кетгут или шелк.

Скобки Мишеля стерилизуют, как и инструменты, кипячением.

г) Перчатки, операционный материал и белье

Резиновые перчатки готовят следующим образом. Перчатки (чисто вымытые и сухие) пересыпают внутри и снаружи тальком (лучше заранее простерилизованным). Внутрь перчатки кладут кусок сложенной вдвое марли и каждую перчатку завертывают в марлю. Приготовленные таким образом и сложенные попарно перчатки стерилизуют в автоклаве в течение 10 минут под давлением в 1—2 атмосферы. Мы предпочитаем пользоваться перчатками из толстой резины, свободно сидящими на руке,— они прочнее тонких и не так скользки, как перчатки из тонкой желтой резины.

IV. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

Из огромного числа методов обезболивания в практической деятельности приходится обычно пользоваться следующими способами: а) общим эфирным наркозом, б) внутривенным гексеналовым наркозом, в) люмбальной анестезией, г) местной инфильтрационной и проводниковой анестезией и д) замораживанием.

Каким бы способом ни производилось обезболивание, для успеха его имеет огромное значение предварительная подготовка психики больной. Больной следует внушить, что она во время операции не будет испытывать болей, причем больная должна быть предварительно вкратце осведомлена о способе анестезии. Если применяется общий ингаляционный наркоз или внутривенное введение наркотического вещества, больной следует объяснить, что она будет спать и «ничего не услышит». Перед люмбальной и местной или проводниковой анестезией, особенно перед люмбальной, нужно предупредить больную, что она совершенно не будет чувствовать боли, но может чувствовать прикосновение инструментов. Неожиданное ощущение прикосновения инструментами нервная больная может воспринимать как болевое ощущение.

Выше было указано, что накануне операции полезно дать больной на ночь порошок веронала или люминала и добиться таким образом спокойного сна. Бессонница (вполне понятная) накануне операции истощает силы больной и ухудшает течение предстоящего наркоза. Мы рекомендуем вводить под кожу за 1 час до начала операции

(т. е. наркоза) 1 см^3 2% пантопона и за полчаса — 0,5 см^3 того же раствора.

При выборе способа обезболивания следует прежде всего руководствоваться интересами больной, т. е. состоянием ее организма в целом и особенно состоянием ее психики. С этой точки зрения можно смело сказать, что из всех существующих способов анестезии непревзойденным и дающим отличные результаты является общий эфирный наркоз, особено в руках опытного наркотизатора. За небольшими исключениями эфирный наркоз можно применять во всех случаях. Нужно, однако, иметь в виду, что постоянное вдыхание паров эфира не может не отражаться вредно на здоровье персонала, работающего в операционной, особенно хирурга, дышащего всю свою жизнь воздухом операционной. Поэтому мы стремимся по возможности переходить на неингаляционный наркоз и совершенно не пользуемся хлороформом.

Качество наркоза зависит в большой степени от умения лица, проводящего анестезию. Чем опытнее наркотизатор, тем меньше наркотического вещества расходуется на наркоз и тем меньше осложнений наблюдается во время операции и в послеоперационный период. Поэтому подготовка опытных наркотизаторов и совершенствование техники анестезии является одним из элементов обусловливающих успешность хирургической работы.

а) Общий эфирный наркоз

Эфир противопоказан при заболеваниях дыхательных путей и у очень старых женщин с резкими склеротическими изменениями сосудов.

Желательно, чтобы у больных, подвергающихся общему эфирному наркозу, был пустой желудок. В экстренных случаях желательно, если есть время, выкачать и промыть перед операцией желудок.

Перед началом наркоза следует осведомиться, нет ли у больной вставных зубов, и вынуть их, если они имеются. Во избежание раздражения и ожогов лицо больной нужно смазать вазелином, а глаза защитить полотенцем.

Желательно начинать наркоз не в операционной, а в специальной комнате или даже в палате. Ласковый, сердечный подход почти всегда успокаивает даже самых нервных и капризных больных, а самое простое внушение, что больная легко уснет, в значительной степени облегчает усыпление.

Для эфирного наркоза можно пользоваться обыкновенной маской Juillard или, лучше, маской Омбредана, видоизмененной Садовенковым. Маска Juillard устроена из проволоки и покрыта клеенкой для того, чтобы не улетучивались пары эфира. Эта маска покрывает все лицо больной. Внутри маски — в куполе — имеется слой ваты, покрытой марлей; на вату наливают эфир. Края маски выстланы ватой, обтянутой марлей. Благодаря ватному валику края маски хорошо прилегают к лицу, и эфир не улетучивается. Марлю, выстилающую маску изнутри, следует сменять перед каждым наркозом. При пользовании маской Juillard эфир небольшими порциями

(5—10 см³) наливают на вату внутри маски, причем по мере наступления сна эфир добавляется все реже. Когда наступает глубокий сон, эфир следует подливать изредка для того, чтобы не наступило преждевременного пробуждения.

Не следует применять «удушающий» метод наркотизирования. В начале наркоза нужно время от времени снимать маску для того, чтобы больная могла передохнуть, успокоиться. Поспешность при даче наркоза недопустима — она ведет к бóльшему введению наркотического вещества и, следовательно, увеличивает возможность различных осложнений. Равным образом, нельзя приступать к операции до тех пор, пока не наступит глубокий сон, так как подсознательное реагирование на боль также ведет к увеличению количества эфира, необходимого для полного усыпления. Об этом должны всегда помнить хирурги, которые в силу чрезмерной своей энергичности, главным образом, вследствие недостаточной опытности склонны требовать от наркотизатора слишком интенсивного наркоза. Нужно помнить, что добиться глубокого сна быстрее, чем через 10—20 минут нельзя и не следует. Предварительное введение морфина (или пантопона), как уже было сказано выше, ускоряет наступление сна.

Очень удобна маска Омбредана. Перед наркозом в нее через верхнее отверстие сразу вливают 50—100 см³ эфира и завинчивают отверстие специальной пробкой. Благодаря особому приспособлению (винту) можно регулировать поступление эфира в дыхательные пути больной. Вначале стрелку, указывающую степень поступления эфира, ставят на нулевое деление и постепенно переводят на половину или целое деление — до 6-го деления. Через 8—10 минут обычно наступает сон и стрелку можно перевести обратно на более низкое деление (на 3—4-е деление). Маска Омбредана очень удобна, так как при ней меньше паров эфира попадает в воздух, благодаря ритмическому раздуванию пузыря сбоку от резервуара можно легко следить за дыханием больной, поступление эфира можно свободно регулировать, больная быстро и легко просыпается.

Во время эфирного наркоза необходимо внимательно следить за дыханием больной и состоянием ее зрачков. Время от времени нужно следить за пульсом. Последнее, впрочем, не имеет такого значения, как при хлороформном наркозе, так как при эфирном наркозе почти никогда не наблюдается паралича сердечной деятельности. Сначала дыхание больной учащается, становится прерывистым, толчкообразным; нередко больные, особенно нервные, задерживают дыхание. По мере усыпления дыхание выравнивается и в глубоком наркозе становится ровным и глубоким. Ввиду того, что эфир вызывает усиленное отделение слизи, нужно время от времени очищать от нее рот. Слизь, вытекающую наружу, нужно тщательно вытирать полотенцем, а рот вытирать марлевой салфеткой на корнцанге. Нельзя вводить в рот мелкие куски марли, которые легко там оставить. В начале наркоза наблюдается нередко рвота, особенно, если желудок у больной не был опорожнен перед операцией. При рвоте нужно повернуть голову больной набок, подставить лоток и тщательно вытереть лицо и рот больной. Нужно следить во время наркоза за цветом лица больной. Цианоз в начале наркоза свидетельствует о за-

держке дыхания (следить за дыханием!), а в дальнейшем — о закупорке дыхательных путей, главным образом, вследствие западания корня языка. Поэтому, когда расслабляются мышцы и больная начинает, как говорят, «давать челюсть», последнюю нужно поддерживать, производя как бы неполный вывих. Благодаря этому приему устраняется западание корня языка.

Огромное значение для контроля состояния больной имеет наблюдение за состоянием зрачков. Зрачок при глубоком наркозе должен быть узким и не реагировать (или очень слабо реагировать) на свет. В этот период достаточно поддерживать сон незначительным прибавлением эфира. Пока зрачки реагируют на свет (хотя бы при полном исчезновении корнеального рефлекса), нельзя ожидать полного наркоза. Расширение зрачков всегда является грозным симптомом. Впрочем при умелом и осторожном введении эфирного наркоза оно редко наблюдается. Во всяком случае при первых явлениях угрожающего коллапса следует снять маску, очистить дыхательные пути от слизи, поднять и выдвинуть вперед нижнюю челюсть (или захватить и подтянуть язык) и, если нужно, приступить к искусственному дыханию.

Наркотизатор всегда должен иметь под рукой роторасширитель, языкодержатель и шприц для введения под кожу кофеина, лобелина, Olei Camphorae. Мы всегда вводим во время эфирного наркоза углекислоту. Для этого мы пользуемся подушкой, наполненной углекислым газом, но вместо рупора надеваем на кран резиновый катетер, который время от времени вводим в ноздрю. Благодаря вдыханию углекислоты дыхание углубляется, что не только улучшает общее состояние больной, но и является прекрасным профилактическим средством против посленаркозной пневмонии. Вдыхание углекислоты мы применяем и после операции в течение 1—2 суток. Если наркотизатор следит внимательно за дыханием, за окраской кожи лица и состоянием зрачков у больной, то при эфирном наркозе нет необходимости в постоянном контролировании пульса. Время от времени все же не лишне проверять пульс на a. radialis. В начале эфирного наркоза пульс учащается, становится мягче. При глубоком эфирном наркозе пульс несколько замедлен и становится полным и ровным.

Внимание наркотизатора должно быть полностью обращено на состояние больной, на наркоз. Наркотизатор не должен следить за деталями операции, интересуясь лишь главными этапами, как, например, вскрытие брюшины, перитонизация и т. п., для того, чтобы соответственно этому регулировать подведение эфира. После зашивания брюшины маску следует снять. Для влагалищных операций наркоз может быть более поверхностным, в то время как для чревосечения нужен глубокий наркоз.

На обязанности наркотизатора лежит забота о том, чтобы руки больной не были запрокинуты за голову или же не свисали с операционного стола. И в том, и в другом случае легко может произойти чрезмерное напряжение волокон plexus brachialis, что ведет к параличам руки и кисти, которые требуют недель и месяцев для излечения. Иногда эти параличи вследствие неправильного положения руки

зависят от чрезмерного усердия наркотизатора, который старается во все время эфирного наркоза держать пульс под контролем, что совершенно не нужно. Для того, чтобы избежать паралича, не следует удалять плечо больной (верхнюю часть руки) от груди ни в сторону, ни вниз, ни вверх. При чревосечении левую руку обычно вытягивают и привязывают вдоль туловища (см. ниже). При влагалищных операциях плечи должны быть вытянуты вдоль груди, а предплечья и кисти лежать на груди и поддерживаться подвернутой кверху рубашкой (кофточкой).

Категорически запрещается смена наркотизаторов в течение наркоза: лицо, начавшее наркоз, должно довести его до конца.

Эфирный наркоз можно комбинировать с внутривенным гексеналовым наркозом (см. ниже).

б) Внутривенный гексеналовый наркоз

За последнее время мы охотно и с большим успехом применяем внутривенный гексеналовый наркоз. Гексенал — это советский эвипаннатрий, т. е. препарат барбитуровой кислоты (N-метилциклогексенилмолациламочевина). Гексенал представляет собой белый кристаллический порошок, легко растворимый в воде. В продаже его отпускают в стерильных запаянных стеклянных ампулах емкостью в 10 см^3, причем в каждой ампуле содержится 1 г гексенала. Гексенал вызывает сон, напоминающий нормальный. Длительность и глубина сна зависят от дозировки и метода введения гексенала. Гексенал не обладает кумулятивным действием. В течение 14—20 минут происходит разрушение гексенала в крови. В нейтрализации (разрушении) гексенала главную роль играет печень. Основным противопоказанием к применению гексеналового наркоза является поэтому недостаточность печени. Равным образом гексеналовый наркоз противопоказан при тяжелых интоксикациях (независимо от этиологии) и при сепсисе.

В остальных случаях гексенал можно широко применять. Гексенал не противопоказан при базедовой болезни, как и при болезнях мочеполового аппарата. Почки выводят уже продукт распада гексенала и роли в обезвреживании гексенала не играют. Под влиянием гексенала больная спокойно погружается в сон, не переживая неприятного чувства удушья, наблюдаемого при ингаляционном наркозе. Вслед за состоянием сна наступает в определенной последовательности потеря рефлексов и полная анестезия. По окончании операции (наркоза) наблюдается в течение нескольких часов так называемый вторичный сон, после которого больные просыпаются свежими, как бы отдохнувшими, причем из памяти выпадает все с момента начала наркоза. В некоторых случаях наблюдается некоторого рода ретроградная амнезия— больные забывают все, что имело место за 30—40 минут до операции.

Чем старше больная, тем легче она поддается гексеналовому наркозу и тем, следовательно, меньшая доза наркотического вещества нужна для наркоза.

Молодые и здоровые люди более резистентны к гексеналу и требуют для глубокого наркоза некоторого повышения дозы.

Рефлексы исчезают в следующей последовательности (по Апшютцу):

1) паралич жевательных мышц (больная «дает челюсть»),
2) паралич брюшных мышц,
3) исчезновение корнеального рефлекса,
4) исчезновение периферических рефлексов,
5) исчезновение поверхностных перитонеальных рефлексов,
6) исчезновение зрачкового рефлекса и последнего перитонеального рефлекса.

Дыхание в нормальных условиях при гексеналовом наркозе не изменяется или несколько учащается, становясь несколько более поверхностным. Расстройство дыхания (угнетение вплоть до паралича дыхания) может зависеть от неправильной дозировки или, вернее, передозировки.

Кровяное давление и пульс при правильном проведении наркоза в общем почти не изменяются. Впрочем, почти всегда наблюдается снижение кровяного давления на 10—15 мм ртутного столба. В начале наркоза наблюдается некоторое учащение пульса, который выравнивается во время глубокого сна.

Цвет лица. Проф. Жоров следующим образом описывает цвет лица при гексеналовом наркозе: «Цвет лица больного мало изменяется при нормально протекающем наркозе. Создается впечатление, что больной находится не в состоянии наркоза, а обыкновенного сна. Выражение лица спокойное. Отмечается иногда незначительный цианоз губ. Появление чрезмерной бледности с оттенком цианоза указывает на передозировку или на слишком форсированное введение гексенала в кровь. Бледноцианотическая окраска лица требует большого внимания со стороны наркотизатора и хирурга, так как она может служить предвестником тяжелого поражения дыхательного или сосудистого центра. При высокой дозировке (3 г. и больше) бледность сохраняется после операции в течение 1—2 часов».

Мышцы. Выше было указано, что при гексеналовом наркозе прежде всего наступает паралич жевательных мышц, вследствие чего уже очень скоро нижняя челюсть отвисает, что может повлечь за собой западание корня языка. Паралич жевательных мышц держится и по окончании наркоза; поэтому необходимо следить за больной, пока у нее не восстановятся рефлексы в послеоперационном периоде. При засыпании отмечается мелкое дрожание туловища и конечностей.

Глаза. Глазная щель обычно закрыта. Она бывает полуоткрыта в глубоком наркозе или при асфиксии. До наступления глубокого сна наблюдаются вялые, медленные движения глазного яблока. О корнеальном и зрачковом рефлексах было упомянуто выше. Насколько быстро исчезает корнеальный рефлекс, настолько быстро он восстанавливается по окончании наркоза.

Вторичный сон, как было уже упомянуто, наблюдается всегда, причем раньше возвращаются рефлексы, а сознание возвра-

пдается позднее. Нет никакого смысла искусственно будить больную. Мы считаем более полезным естественное пробуждение, так как больная легче переносит болезненные часы после операции и, кроме того, естественное пробуждение не сопровождается чувством разбитости и утомления, обычно испытываемых больной после искусственного пробуждения.

У нас применяется следующая **методика гексеналового наркоза**. До начала наркоза больной вводят под кожу 1% раствор солянокислого морфина два раза: за 1 час — 1 см³ и за 15 минут — 0,5 см³. Руку больной, отведенную под прямым углом (обычно правую), укладывают на столик, покрытый стерильной простыней. Кожу ладонной поверхности предплечья и, особенно, локтевого сгиба дезинфицируют спиртом, после чего руку (за исключением области локтевого сгиба) покрывают стерильным полотенцем. Рядом со столиком, на котором лежит рука больной, под правую руку наркотизатора, ставится другой столик, также покрытый стерильной простыней. На этом столике находится все необходимое для гексеналового наркоза.

Для наркоза нужно прокипятить три шприца: один — емкостью в 20 см³ и два — по 10 см³. Шприцы раскладывают на столике. Помощник протирает спиртом ампулу, в которой содержится 1 г гексенала, емкость которой равна 10 см³, и отпиливает ее горлышко. В ампулу, содержащую 1 г гексенала, шприцем вливают 10 см³ бидистиллированной воды; повторным набиранием в шприц и выпусканием в ампулу жидкости добиваются полного растворения порошка гексенала. Таким образом, в шприц набирают 10 см³ 10% раствора гексенала. Второй грамм гексенала в другой ампуле точно так же растворяют 10 см³ бидистиллированной воды и раствор набирают в 20-граммовый шприц. Добавив в шприц еще 10 см³ бидистиллированной воды, получают 20 см³ 5% раствора гексенала. На столике должна быть еще мензурка, в которую время от времени наливают теплый физиологический раствор поваренной соли. После того как растворы гексенала готовы и набраны в шприцы, приступают к наркозу. Введение гексенала обычно начинают после того, как операционное поле уже дезинфицировано и покрыто стерильным бельем. Таким образом, время, в течение которого больная спит, используется исключительно для операции. Для введения иглы в вену локтевого сгиба плечо, как обычно, перетягивают жгутом, который отпускают, как только игла попадает в вену. Мы ни разу не делали венесекции для введения гексенала. Наркоз начинают с введения 10% раствора гексенала. Первые 3 см³ раствора гексенала (10%) вводят не быстрее, чем в 3 минуты (следить по часам), заставляя при этом больную считать. Эта первая порция раствора является как бы биологической пробой. Если больная засыпает уже от 1—2 см³ раствора (10%), то нужна сугубая осторожность в дозировке; если для усыпления расходуется больше 3 см³ раствора, можно ожидать, что раствора понадобится больше обычного, т. е. что больная труднее поддается усыплению. О наступлении сна мы судим по прекращению счета. По прошествии 3 минут раствор гексенала (10%) вводят несколько быстрее, пока не наступит состояние глубокого сна, о котором мы судим по исчез-

повению рефлексов (см. выше). Мы избегаем приступать к операции раньше наступления глубокого сна. В дальнейшем, после того, как вскрыта брюшина и больная совершенно не реагирует на операцию, снимают с иглы шприц, содержащий 10% раствор гексенала, и насаживают шприц с физиологическим раствором, который медленно вводят в вену в течение всей операции (обычно расходуется 300—500 см³ раствора). Физиологический раствор вводят для того, чтобы промывать иглу. По ходу операции время от времени вводят раствор гексенала, причем после израсходования всего 10% раствора (10 см³) вводят в вену 5% раствор гексенала из 20-граммового шприца. В среднем на операцию длительностью от 40 минут до 1 часа 20 минут расходуется при умелой дозировке от 1,2 до 2,0 вещества гексенала и от 300 до 500 см³ физиологического раствора. Больше 2,5 г гексенала нам никогда не приходилось применять, несмотря на то, что под гексеналовым наркозом мы проводили большинство наиболее сложных операций, в том числе все случаи расширенного радикального удаления матки при раке шейки (операция Вертгейма).

Качество гексеналового наркоза и количество расходуемого вещества зависят в огромной степени от опытности наркотизатора, как, впрочем, и при другом любом виде наркоза. Все же гексеналовый наркоз требует от наркотизатора особого внимания. Ввиду того, что при длительных операциях все время приходится подбавлять наркоз, для держания челюсти должен быть выделен специальный человек (обычно сестра). Таким образом, длительный гексеналовый наркоз (при нашей методике) требует двух человек. В этом заключается основной недостаток гексеналового наркоза.

На большое число гексеналовых наркозов, проведенных нами при больших гинекологических операциях, мы ни разу не наблюдали осложнений ни во время операции, ни в послеоперационный период. Изредка приходится отказываться от гексеналового наркоза вследствие плохого развития вен в области локтевого сгиба. Лица, впервые приступающие к ведению гексеналового наркоза, должны начинать с кратковременных наркозов и постепенно переходить на наркозы более сложные. Только при такой тактике (как, впрочем, и в отношении оперативной деятельности вообще) можно добиться хороших результатов.

Наркотизатор должен быть хорошо знаком с *осложнениями*, которые могут возникнуть *в течение гексеналового наркоза*. Наиболее возможным осложнением при слишком форсированном введении или передозировке гексенала является расстройство дыхания вплоть до паралича дыхательного центра. Иногда наблюдается ослабление сердечной деятельности. Смертность при гексеналовом наркозе в 2—4 раза меньше обычной смертности, наблюдаемой при эфирном и хлороформном наркозе (цит. по Жорову).

Из осложнений в послеоперационном периоде можно отметить посленаркозное возбуждение, тошноту, рвоту и головные боли. Асфиксия в послеоперационном периоде может наблюдаться в результате западения нижней челюсти и языка, что может зависеть исключительно от недостаточного наблюдения.

Причиной подавляющего большинства смертельных и не смертельных осложнений является главным образом передозировка гексенала. Само собой понятно, что гексеналовый наркоз недопустим при наличии противопоказаний.

Борьба с осложнениями при гексеналовом наркозе сводится прежде всего к правильной дозировке гексенала и, особенно, к осторожному постепенному (нефорсированному) введению наркотика. В этом отношении мы придаем большое значение введению 5% раствора гексенала после израсходования первых 10 см³ 10% раствора.

Имеет несомненное тонизирующее значение введение физиологического раствора поваренной соли (от 300 до 500 см³) в течение всего наркоза. Внимательное наблюдение за больной (дыхание, рефлексы, цвет лица) может предотвратить тяжелые расстройства дыхания и сердечной деятельности. При наличии хотя бы и нетяжелых осложнений следует своевременно приостановить введение гексенала (по отнюдь не вынимать иглы из вены!) и ввести средства, возбуждающие центр дыхания и сердечной деятельности (кардиамин, лобелин, эфедрин, адреналин, коразол, вдыхание углекислоты). Прежде всего следует, конечно, проверить, не запал ли корень языка, и ликвидировать западение, если оно имеет место. Для возбуждения центра дыхания мы профилактически время от времени даем в течение наркоза углекислоту через резиновый катетер, введенный в ноздрю. Нужно твердо помнить, что огромное значение имеет *своевременная борьба с возникшими осложнениями.*

Все средства помогают лишь при угнетении центров дыхания и сердечной деятельности и мало эффективны при параличе последних.

В некоторых случаях имеет смысл пользоваться гексеналом в качестве так называемого базисного наркоза, т. е. после введения небольшой дозы гексенала (не больше 0,8—1,0) переходить на эфирный наркоз. У нервных больных, боящихся ингаляционного наркоза, очень удобно проводить эфирный наркоз после наступления гексеналового сна. Равным образом иногда приходится переходить на эфир, если отмечается, что больная плохо переносит гексенал.

в) Люмбальная анестезия

Техника люмбальной анестезии, предложенной Биром в 1889 г., несложна. Однако необходимо приобрести достаточную опытность, чтобы правильно попасть в паутинное пространство спинномозгового канала. Игла должна проникнуть через следующие слои: кожу (с подкожной клетчаткой), межостистую связку (ligamentum interspinale), желтую связку (ligamentum flavum), твердую мозговую оболочку (dura mater) и паутинную оболочку (arachnoidea) (рис. 17).

Для люмбальной пункции больную сажают на операционный стол, как показано на рис. 18. Ягодицы больной находятся на краю

операционного стола. Для того, чтобы увеличить расстояние между остистыми отростками и сделать их более ощутимыми, больная должна выгнуть спину «дугой». Лучше, если в таком положении больная поддерживается лицом, помогающим при производстве люмбальной пункции.

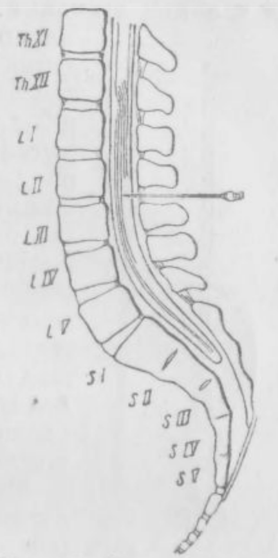


Рис. 17. Спинномозговая анестезия. Положение иглы в спинномозговом канале.

Для укола обычно выбирается промежуток между остистыми отростками II и III поясничных позвонков (рис. 18). На этом уровне уже нет вещества спинного мозга, а имеются волокна caudae equinae. Для влагалищных операций можно сделать пункцию и ниже (между остистыми отростками III и IV поясничных позвонков).

Для ориентировки полезно до пункции отметить (лучше всего при помощи иодной настойки) на коже гребешки подвздошных костей (crista ossis ilei). Линия, соединяющая оба гребешка, соответствует промежутку между остистыми отростками IV и V поясничных позвонков. Кожу спины следует продезинфицировать спиртом и эфиром. Эфир хорошо сушит кожу и, охлаждая ее, несколько притупляет боль от укола иглой. Мы никогда не дезинфицируем кожу спины иодной настойкой перед пункцией. Равным образом не рекомендуется обрабатывать и руки иодом до пункции, так как малейшие следы иода, попадающие с иглой в субарахноидальное пространство, могут вызывать в послеоперационном периоде раздражение менингеальных оболочек и головные боли.


Рис. 18. Люмбальная пункция. При помощи иодной настойки отмечаются гребешки подвздошных костей. Спина больной выгнута «дугой». Левая рука фиксирует кожу. Правая рука, делающая пункцию, упирается в левую руку.

Для пункции можно пользоваться специальной иглой Бира (рис. 19) или простой тонкой и длинной иглой, снабженной обыкновенным мандреном, и 5-граммовым рекордовским шприцем. Перед пункцией нужно проверить, хорошо ли подходит игла к шприцу. Шприц и иглы для пункции нельзя кипятить в растворе соды; их следует кипятить в дистиллированной воде. Выбрав место для укола, нужно фиксировать кожу пальцами (указательным и средним) левой руки, а в правую взять иглу, не касаясь пальцами той части иглы, которая должна проникнуть в спинномозговой канал (рис. 18).

Чтобы создать упор для правой руки, рекомендуется плотно прижать ее к левой, подобно тому, как это делается при пробной тракции щипцами. Игла должна быть направлена перпендикулярно к коже и строго по средней линии. Прохождение иглы через lig. flavum сопровождается чувством треска. Получив это ощущение, хирург извлекает из иглы мандрен и, если из иглы не показывается тотчас спинномозговая жидкость, то иглу следует осторожно продвинуть несколько далее, пока не потечет спинномозговая жидкость. Если игла упирается в кость, то это свидетельствует о том, что направление иглы неправильно или она продвинута слишком далеко. В последнем случае иглу нужно оттянуть назад. После введения новокаина в канал больная испытывает ощущение тепла, разливающегося по ногам. Больная должна оставаться в сидячем положении в течение не менее 3—5 минут, после чего ее следует осторожно уложить, причем под голову подкладывается заранее приготовленный валик.

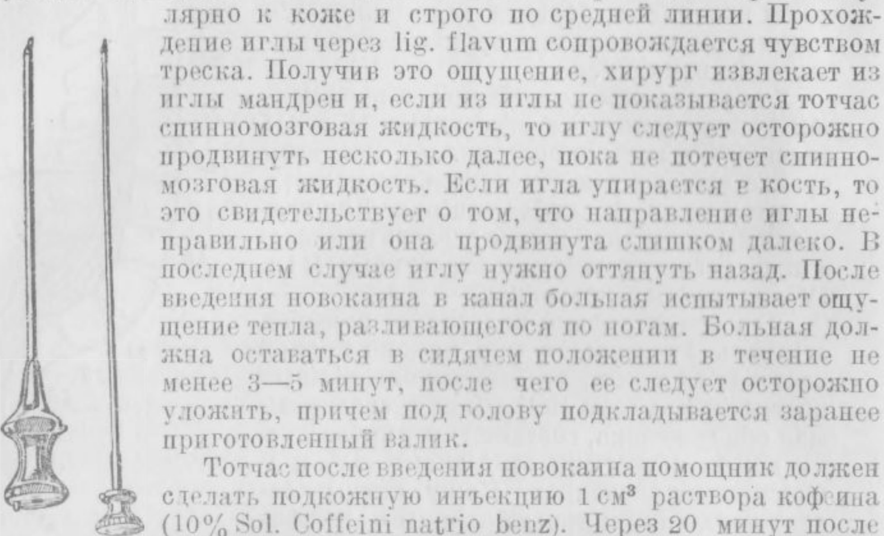


Рис. 19. Игла Бира с мандреном.

Тотчас после введения новокаина помощник должен сделать подкожную инъекцию 1 см³ раствора кофеина (10% Sol. Coffeini natrio benz). Через 20 минут после введения новокаина нужно повторить впрыскивание кофеина.

За много лет применения люмбальной анестезии мы не имели каких-либо серьезных осложнений, связанных с этим методом; равным образом, нам редко приходится наблюдать значительные головные боли, которые, по литературным данным, наблюдаются после люмбальной анестезии. Мы объясняем благоприятный исход люмбальной анестезии некоторыми моментами и особенностями техники, которые заключаются в следующем.

1. Педантичное соблюдение правил асептики.

2. Устранение возможности попадания в канал даже следов иода; мы рекомендуем даже не хранить новокаин (в порошкообразном виде) в одном шкафу с иодом.

3. Осторожное введение иглы в канал (не травматизирующей пункцией).

4. Кипячение шприца и игол в дистиллированной воде.

Рис. 20. Приготовление раствора новокаина для люмбальной анестезии (первый момент).

5. Введение под кожу раствора кофеина во время операции и ежедневно в течение 5—6 дней после операции.

6. Оставление больной в сидячем положении в течение нескольких минут после введения раствора новокаина.

7. Возвышенное положение головы во время операции.

8. Особый способ приготовления раствора новокаина, который

состоит в следующем. Дважды дистиллированная вода стерилизуется при помощи кипячения. Кипячением в дистиллированной воде стерилизуют мензурку — небольшой стеклянный цилиндр (лучше градуированный) и небольшую стеклянную воронку; кроме того, в автоклаве стерилизуют несколько бумажных фильтров. Если нет стеклянного цилиндра, то его вполне можно заменить высокой мензуркой. В мензурку наливают 10 см³ дважды дистиллированной воды и туда всыпают (помощник) порошок новокаина (0,5), как показано на рис. 20. Новокаин тотчас же растворяется. Как показали наши бактериологические исследования, в новокаине (порошкообразном) нет бактерий. Для устранения каких-либо мельчайших взвесей, могущих попасть в порошок новокаина, раствор последнего подвергается фильтрации через две сложенные фильтровальные бумажки, как это показано на рис. 21.


Рис. 21. Приготовление раствора новокаина для люмбальной анестезии (второй момент).

Весь процесс приготовления раствора происходит в операционной непосредственно перед производством пункции и занимает не более нескольких минут. Этот способ приготовления раствора новокаина оправдал себя на практике многократного применения его в продолжение многих лет.

9. Применение для пункции по возможности тонких игол.

10. Соблюдение противопоказаний для спинномозговой анестезии. Люмбальная анестезия противопоказана при заболеваниях центральной нервной системы, при сепсисе, тяжелых интоксикациях, при значительном понижении кровяного давления (например, при острой анемии) и при значительных неострых анемиях. Не следует применять люмбальную анестезию при оперировании очень молодых особ и лиц очень нервных и боязливых. Впрочем, спокойная предварительная подготовка, сводящаяся к объяснению сущности люмбальной анестезии и к авторитетному обещанию полной безболезненности операции, обыкновенно делает возможной люмбальную анестезию даже у большинства нервных женщин.

11. Применение доз, не превышающих 3 см³ 5% раствора новокаина.

В течение операции больная должна находиться под постоянным наблюдением. Для отвлечения внимания больной нужно время от времени задавать ей вопросы, освежать лицо, которое нередко покрывается испариной. Для того чтобы больная не могла услышать во время операции что-нибудь, могущее ее взволновать, рекомендуется закладывать больной уши ватой, а хирурги должны воздерживаться от лишних разговоров во время операции. Упадок сердеч-

ной деятельности во время операции может потребовать применения возбуждающих деятельность сердца средств (внутривенно кофеин, ol. camphorae, адреналин, 40% раствор глюкозы, подкожно физиологический раствор поваренной соли). Для возбуждения центра дыхания следует применять подкожное введение лобелина или эфедрина и вдыхание углекислого газа.

В послеоперационном периоде, как правило, назначается внутрь (или под кожу) два раза в день кофеин. При головных болях хорошо помогает смесь кофеина с антипирином и грелки на область затылка. Некоторые больные получают, наоборот, облегчение от применения холода на область затылка. Несомненное облегчение при головных болях приносит подкожное введение физиологического раствора поваренной соли или 4,5% раствора глюкозы.

г) Местная (инфильтрационная) и проводниковая анестезия

Инфильтрационная анестезия заключается в пропитывании тканей сильно разведенным обезболивающим раствором. Мы пользуемся обычно 0,25% или 0,5% раствором новокаина в 0,8% растворе поваренной соли. Для того чтобы, с одной стороны, уменьшить всасывание раствора новокаина, а, с другой, усилить действие последнего, к раствору новокаина прибавляется адреналин из расчета 1 капля Sol. Adrenalini 1 : 1 000 на 10 см³ раствора. Адреналин прибавляют во время операции по мере надобности. Для приготовления 0,25—0,5% раствора новокаина можно воспользоваться способом, описанным выше (см. «Люмбальная анестезия»). Приготовив 5 или 10% раствор новокаина, разбавляют его далее до желательного разведения.

Инфильтрационную анестезию мы применяем обычно при несложных влагалищных операциях, как пластика промежности, кольпоррафия и т. п. Особенно показана местная анестезия при операциях у старух, которым противопоказан как общий наркоз, так и люмбальная анестезия. Под инфильтрационной анестезией можно с успехом провести операцию абдоминального кесарского сечения в тех случаях, когда общий ингаляционный или гексеналовый наркоз противопоказан, например, при комбинации порока сердца с заболеванием печени.

Для инъекций необходимо иметь несколько (2—3) 5- или 10-граммовых шприцев (Рекордовских) и хорошие длинные иглы. При влагалищных операциях мы комбинируем местную инфильтрационную анестезию с проводниковой анестезией n. pudendi (см. ниже).

За полчаса до операции желательно ввести под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1% или 1 см³ 2% пантопона.

Для достижения полной анестезии необходимо, чтобы ткани в границах операционного поля были хорошо пропитаны анестезирующим раствором. Обычно для влагалищной пластической операции достаточно 100—150 см³ раствора. Во всяком случае 200 см³ 0,5% раствора новокаина можно ввести без всякого риска, а 0,25% раствора можно ввести значительно больше. После инфильтрации следует подождать минут 10, после чего можно приступить к опе-

рации. При проведении анестезии больная не должна испытывать боли, кроме первого укола иглой; в дальнейшем игла должна продвигаться по инфильтрированной ткани. Чтобы избежать попадания анестезирующего раствора непосредственно в вены, которых очень много в анестезируемой области, необходимо при инъекции все время то продвигать иглу вглубь, то несколько оттягивать ее назад. Желательно не делать уколов иглой на месте предполагаемого разреза.

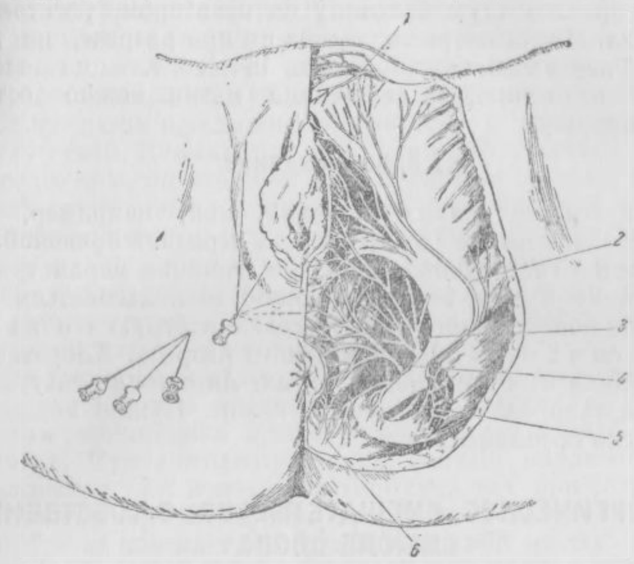


Рис. 22. Инфильтрационная анестезия cavum ischiorectale и наружных половых органов

1 — n. spermaticus externus, 2 — n. cutaneus femoralis, 3 — n. pudendus superficialis, 4 — n. haemorrh. inf., 5 — ствол n. pudendi; 6 — n. anococcygeus.

Техника инфильтрационной анестезии проста и не нуждается в особом описании.

При влагалищных операциях мы обычно прибегаем дополнительно к инфильтрации также и к проводниковой анестезии. На рис. 22 наглядно изображена (на правой половине рисунка) иннервация наружных половых органов, входа во влагалище, промежности и заднего прохода. Разветвления n. pudendi проходят в cavum ischiorectale. Инфильтрируя это клеточное пространство, можно с уверенностью и быстро анестезировать ткани, иннервируемые этим нервом. Для анестезии n. pudendi можно делать укол иглы на средине расстояния между tuber ischii и задним проходом и, далее продвигать иглу то по направлению к внутренней поверхности восходящей ветви седалищной кости то по направлению к средней линии. Можно вкалывать иглу, как советует Бумм, посредине между tuber ischii и задней спайкой и веерообразным продвижением иглы так же анестезировать главнейшие разветвления n. pudendi. Само собой понятно, что необходимо произвести инфильтрацию cavi ischiorectalis с обеих сторон на что обычно расходуется 60 — 80 см³ раствора (по 30—40 см³ с каждой стороны).

Инфильтрационная проводниковая анестезия противопоказана при воспалении тканей, подлежащих анестезии.

Для производства чревосечения (при кесарском сечении) инфильтрируется раствором новокаина сначала кожа и подкожная жировая клетчатка по сторонам от средней линии (линия разреза не инфильтрируется); далее инфильтрируется фасция, мышцы и предбрюшинная клетчатка. По вскрытии брюшной полости нужно анестезировать пристеночную брюшину на некотором расстоянии от линии разреза. Матка нечувствительна ни при разрезе, ни при зашивании ее. Разрез матки нужно делать in situ, т. е. не выводя ее из брюшной полости. Для зашивания матки можно осторожно вывести ее наружу.

д) Замораживание

Для производства мелких операций, как, например, разреза абсцесса бартолиниевой железы, разреза передней брюшной стенки при флегмоне параметральной клетчатки (гнойном параметрите), инцизии при гнойном мастите и т. п. можно воспользоваться замораживанием при помощи хлорэтила, направляя струю его на расстоянии 15—20 см на место предполагаемого разреза. Хлорэтил отпускается в специальных стеклянных тубах. Анестезия наступает после побеления замороженного участка кожи. Нужно помнить, что хлорэтил легко воспламеняется.

V. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СОБСТВЕННОМ СМЫСЛЕ СЛОВА

(гинекологические операции)

А. ОБЩАЯ ЧАСТЬ

I. ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ ПО ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКЕ

Выше указано, что без участия микробов не бывает инфекции, в частности, инфекции раневой. Поэтому само собой разумеется, что основной задачей хирурга является предохранение операционной раны от занесения микробов руками, инструментами, материалом, лигатурами и, наконец, предохранение раны от попадания в нее микробов из воздуха (например, путем так. называемой капельной инфекции — при разговоре во время операции, кашле и т. п.). Однако как бы строго ни соблюдались правила асептики и антисептики, микробы из воздуха неизбежно попадают в рану, потому что нельзя себе представить возможность оперирования в абсолютно стерильной атмосфере. Определенное количество бактерий может попасть в рану также из организма больной, например, с кожи (как бы ни дезинфицировать операционное поле), из влагалища, из лимфатических щелей при раке шейки матки и т. д. К счастью, живой организм обладает способностью с успехом бороться с этими неизбежно попадающими в рану бактериями. Задачей хирурга является строжайшее соблюдение во время операции ус-

ловий, облегчающих борьбу организма (тканей) с микробами и препятствующих распространению инфекции. Одним из этих условий является бережное отношение к тканям во время операции. Щадить ткани нужно всеми способами. Следует, по возможности, меньше касаться тканей руками, даже если хирург работает в перчатках, металлический инструмент (пинцет) всегда надежнее рук в отношении асептики.

К тому же не представляется возможности менять перчатки так часто, как пинцеты. а во многих случаях за недостатком перчаток приходится оперировать и без них. Нужно воспитать в себе привычку не касаться раны руками. Мы, например, принципиально пользуемся пинцетом при наложении лигатур и никогда не достаем из раны иглу рукой. Помимо того, что такой способ шитья с помощью пинцета асептичнее, он изящнее и представляет больше возможностей для обозрения операционной раны, особенно при наложении лигатур в глубине малого таза, так как рука, направляющаяся за иглой, закрывает на время поле зрения. Мы избегаем, по возможности, грубого, тупого раздвигания тканей, как, например, тупого отодвигания мочевого пузыря, тупого выделения мочеточников и т. п. Если хирург оперирует в анатомически правильном слое, то острое (при помощи ножниц или ножа) разделение тканей создает более благоприятные условия для асептического заживления по сравнению с неизбежным разминанием и даже размозжением тканей при тупом разделении их. Тупое отодвигание при помощи марлевого тупфера следует применять как вспомогательное средство при острой анатомической отсепаровке. Если, например, при отсепаровке мочевого пузыря хирург не попадает в клетчаточный слой между пузырем и шейкой, то грубое пользование тупфером или комком марли может лишь отдалить хирурга от намеченной цели или даже повести к травме органа (мочевого пузыря). Кроме размозжения ткани, грубое тупое отодвигание обычно сопровождается большим кровотечением, которое в свою очередь замедляет ход операции и понижает резистентность тканей. Неблагоприятно отражается на послеоперационном течении и образование больших грубых культей. Нужно избегать захватывания в зажим больших участков тканей. Выгоднее захватить подлежащую перерезке и перевязке ткань в два или даже три приема с образованием двух-трех небольших культей, чем в погоне за призрачной быстротой оперирования образовать огромную грубую культю, которая должна неизбежно некротизироваться выше наложенной лигатуры и послужить почвой для размножения микробов. Если после перерезки и перевязки культя оказывается слишком большой, то ее следует срезать (уменьшить) ножницами.

Особенно большое значение имеет тщательный гемостаз, т. е. педантичная перевязка кровоточащих сосудов, как бы малы они не были. Кровотечения следует опасаться не только вследствие возможной анемизации больной, но и потому, что всякая гематома является в послеоперационном периоде потенциальным (возможным) очагом инфекции. Например, большое число нагноений в подкожной клетчатке зависит от пренебрежительного отношения к мельчайшим кровотечениям из сосудов в подкожной жировой клет-

чатке, которые вследствие образования тромбов к концу операции не кровоточат, а в послеоперационном периоде под влиянием повышения кровяного давления или кашлевых толчков и рвоты начинают понемногу кровоточить и образуют гематомы. Гораздо надежнее и, следовательно, асептичнее перевязывать эти сосуды тонкими кетгутовыми лигатурами. Если по условиям операции не представляется возможным создать надежный гемостаз, например, при вылущении больших кист бартолиниевой железы, то в редких случаях выгодно оставлять в ране на несколько дней марлевый выпускник.

При абдоминальных операциях следует оградить брюшную полость от попадания в нее крови, а перед зашиванием брюшной раны произвести тщательный туалет, состоящий из педантичного удаления кровяных сгустков. Принципиально следует удалять из брюшной полости кровь, излившуюся в нее при внематочной беременности, что всегда способствует наиболее благоприятному течению послеоперационного периода.

Исключительное значение имеет тщательная перитонизация культей и клетчаточных пространств и защита брюшины. Брюшина обладает большой сопротивляемостью и легко справляется с небольшим количеством бактерий (обычно мало вирулентных), попадающих на нее во время операции. Так же легко брюшина справляется и с операционной травмой. Клетчатка значительно хуже справляется с инфекцией. Особенно плохо справляется с микробами подкожная жировая клетчатка. Поэтому следует защитить подкожную клетчатку пристеночной брюшиной, как показано на рис. 33; если это почему-либо не удается сделать (например, при чрезмерном ожирении брюшной стенки), следует защитить подкожную клетчатку марлевыми салфетками; их используют и для изолирования брюшной полости (кишечника) от операционного поля. Благодаря приданию оперируемой положения с опущенной головой и приподнятым тазовым концом (положение Тренделенбурга) и тщательной защите и изоляции кишечных петель марлевыми салфетками или небольшими полотенцами из мягкого полотна можно при правильном наркозе добиться почти полной изоляции операционного поля от брюшной полости. Мы предпочитаем изолировать несколькими марлевыми салфетками или мягкими полотенцами, чем вводить в брюшную полость одно большое, притом обычно грубое полотенце. Как бы то ни было, брюшина должна быть защищена, и во время гинекологической операции кишки не должны быть видны (если в этом нет необходимости).

Все культи и клетчатка малого таза должны быть тщательно перитонизированы, т. е. покрыты брюшиной. Таким образом, перед закрытием брюшной раны должна быть полностью восстановлена целость перитонеального покрова брюшной полости. Тщательная перитонизация не только предохраняет от послеоперационного воспаления брюшины (перитонита) и явлений раздражения брюшины (перитонизма), но и является наилучшей гарантией против образования послеоперационных спаек. Обыкновенно для перитонизации с избытком хватает брюшины переднего и заднего листков ши-

рокой связки, пузырно-маточной складки (plica vesico-uterina) и круглых связок. В крайнем случае для перитонизации можно использовать сигмовидную кишку (flexura sigmoidea) (рис. 216.). Хирург (и наркотизатор) должен следить, чтобы к моменту перитонизации наркоз был достаточно глубок, а петли не мешали тщательному проведению этого чрезвычайно важного этапа операции. Никогда (ни в начале, ни в конце операции) не следует «бороться» с выпирающими в операционную рану петлями кишок при помощи введения, вернее, «запихивания» в брюшную рану огромного числа салфеток. Достаточно прибавить несколько кубических сантиметров эфира или несколько делений раствора гексенала, чтобы петли кишок улеглись на место и хирург получил возможность «без борьбы» продолжать и закончить операцию.

Огромное значение для исхода операции и течения послеоперационного периода имеет продолжительность операции. Не подлежит сомнению, что чем менее продолжительна операция, тем ceteris paribus (при прочих равных условиях) благоприятнее результат. Однако, быстрота оперирования не должна быть самоцелью; нельзя приносить в жертву быстроте оперирования разумную осторожность, бережное обращение с тканями, тщательный гемостаз и т. п. Нельзя также для быстроты без достаточного основания жертвовать тканями и органами (например, яичником). Быстрота оперирования зависит, конечно, от темперамента хирурга, от его ловкости, но темпераментом нельзя заменить знание и принципиальные установки в хирургической работе. Наоборот, опыт, знание анатомии и патологии и соблюдение определенной системы при оперировании могут вполне компенсировать некоторую природную медлительность хирурга.

Быстро оперирует тот, кто оперирует по определенному продуманному плану и кто придерживается анатомического принципа оперирования.

Непременным условием быстрого оперирования является удобное расположение хирурга и ассистентов, операционной сестры и инструментального столика (см. ниже). Мы являемся противниками участия в операции многих лиц (и, следовательно, рук); однако, считаем нерациональным обходиться без достаточного числа помогающих лиц. Так, совершенно неудобно и, следовательно, нерационально делать большую влагалищную операцию с одним ассистентом. Мы предпочитаем делать и абдоминальные операции с двумя ассистентами, что позволяет лучше ориентироваться в патологической обстановке, дает возможность лучше осуществлять гемостаз, а все это вместе взятое ускоряет операцию. Во всяком случае, большие абдоминальные операции (например, операцию Вертгейма) следует делать с двумя ассистентами.

Вторым условием, значительно ускоряющим операцию и делающим ее более четкой и, следовательно, более безопасной, является оперирование «ad oculos», т. е. на глаз, при постоянном контролировании операционного поля зрением. Нельзя оперировать «втемную», наощупь. Все, что перевязывается и перерезается должно быть отчетливо видно. Жалкую (и небезопасную) кар-

тину представляет операция, во время которой хирург накладывает, например, зажим на a. uterina, перерезает ее и затем начинает разглядывать культю, чтобы убедиться, не попал ли в зажим мочеточник! Нельзя оперировать четко и, следовательно, быстро, если операционное поле заливает кровь. Кровотечение должно быть тщательно остановлено, а еще лучше «оперировать бескровно», т. е. перерезать лишь предварительно зажатые сосуды, оперировать в анатомических слоях. Нельзя оперировать без точного знания анатомии операционной области. Каждый хирург, особенно, молодой, начинающий, должен заранее продумать предстоящую операцию, а во время операции постоянно давать себе отчет, с какой анатомической обстановкой он имеет дело. Особенно важно постоянно ориентироваться в патологической обстановке. Во время операции полезно время от времени на минуту прекратить оперирование и «разобраться» во всей обстановке. Такой «тщательный осмотр» всего операционного поля предохраняет хирурга от многих ошибок и дает указания для дальнейших манипуляций. Если хирург идет по верному пути, если он себя постоянно контролирует, то он этим более всего ускоряет операцию, и никакая врожденная «ловкость рук» не может заменить знания анатомии, плановости и зрительной четкости при выполнении операции. Категорически следует возражать против совершенно непозволительного внесения в хирургическую работу элемента спортивного рекордсменства. Быстрота оперирования должна быть основана не на хирургических «ф о к у с а х», а на соблюдении строгого плана; чем опытнее хирург, чем больше в нем уверенности, основанной на знаниях, тем быстрее он оперирует.

Быстрота оперирования и исход операции во многом зависят от опытности и других качеств ассистентов. Ассистент должен понимать ход операции. Если он недостаточно сведущ в данной специальности, то хирург обязан руководить его действиями, объяснив ему задачу. Ассистент должен все время создавать для хирурга наибольшие удобства, хорошо открывать операционное поле и «п е р е ж и в а т ь» операцию наравне с хирургом. Ассистирующий должен все время ставить себя мысленно на место оперирующего и действовать, по возможности, не дожидаясь указаний. Но ассистент должен лишь помогать, а отнюдь не брать на себя функции хирурга. Чрезмерная инициативность ассистента лишает хирурга возможности следить за всеми деталями операции и в том числе за действиями своих ассистентов.

2. ТЕХНИКА АБДОМИНАЛЬНОГО ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ (Laparotomia)

а) Положение больной при абдоминальных операциях

Огромное число гинекологических абдоминальных операций производится в положении с приподнятым тазом, в так называемом т р е н д е л е н б у р г о в с к о м п о л о ж е н и и. Благодаря такому положению кишечные петли и сальник отходят к диафрагме, свет падает в область малого таза, и, таким образом, хирург полу-

чает хороший доступ к операционному полю. Кишечник отодвигается к диафрагме еще до вскрытия брюшной полости, если больная находится в глубоком наркозе, а после вскрытия брюшины воздух, вступающий в брюшную полость, еще больше способствует освобождению малого таза от кишечных петель.

Максимальное наклонение туловища по отношению к горизонтальной плоскости, к которому приходится прибегать во время операции, равно 45°. Практически мы далеко не всегда применяем такое значительное поднятие тазового конца, ограничиваясь обычно наклонением в 30°. Для того чтобы больная во время операции не сползала в силу тяжести к головному концу операционного стола, нужно отогнуть на 45—50° ножной конец операционного стола. Таким образом больная лежит в положении с согнутыми в коленях ногами. Длинными широкими полотняными бинтами (или полотенцами) ноги привязывают к столу в области голеностопного сустава и тотчас выше колена, причем бинтом (или полотенцем), перекинутым сразу через обе ноги, делают не менее двух оборотов. Концы бинта завязывают сбоку (у края стола). Можно вместо привязывания ног пользоваться специальными приспособлениями — наплечниками, которые прикрепляются винтами к головному концу операционного стола. Наплечники должны иметь мягкую подстилку, чтобы не было чрезмерного давления на плечи больной. Мы почти никогда не пользуемся наплечниками, так как очень редко прибегаем к наклонению туловища больной до 45°, а при угле в 30° фиксации ног вполне достаточно, чтобы больная не сползала к головному концу стола. В общем, чем глубже в малом тазу приходится оперировать (например, при операции по Вертгейму), тем круче должно быть тренделенбурговское положение.

Переводить из горизонтального положения в наклонное и обратно нужно медленно, избегая резких рывков, так как в положении с приподнятым тазом диафрагма высоко поднимается, несколько изменяется положение сердца и к грудному дыханию предъявляется больше требований; кроме того, наблюдается и некоторое колебание кровяного давления. Медленный переход из одного положения в другое дает возможность организму приспособиться к изменению положения.

Положение с высоко приподнятым тазовым концом противопоказано при наличии в брюшной полости патологической жидкости (асцита, излившейся при внематочной беременности крови, гноя, содержимого кисты). Жидкость может затекать при тренделенбурговском положении в брюшинные карманы у печени и селезенки. Скопление кровяных сгустков в этих брюшинных карманах значительно ухудшает процесс выздоровления после операции (например, после операции по поводу внематочной беременности). Если необходимо поднять тазовый конец, то это можно делать лишь после удаления жидкости из брюшной полости.

Перед зашиванием брюшной стенки мы всегда переводим больную в горизонтальное положение, благодаря чему, с одной стороны, органы брюшной полости (главным образом кишечник и сальник) занимают нормальное положение, а, с другой стороны,

из брюшной полости автоматически удаляется избыток воздуха, попавшего туда во время операции.

Левую руку больной при абдоминальных операциях фиксируют в вытянутом вдоль туловища положении при помощи широкого полотняного бинта к правому краю операционного стола, подводя бинт под спину больной. Правая рука должна быть расположена вдоль груди и согнута в локтевом суставе; таким образом, кисть руки приходится на уровне плеча, что дает возможность контролировать пульс на a. radialis.

б) Положение хирурга, ассистентов, наркотизатора и операционной сестры при абдоминальном чревосечении (рис. 23 и 24)

При абдоминальном чревосечении хирург стоит обычно слева от больной. Таким образом, разрез ведется правой рукой от симфиза



Рис. 23. Положение хирурга, ассистентов, операционной сестры и наркотизатора при абдоминальном чревосечении (см. схему).

по направлению к пупку. Такое положение хирурга наиболее общепринято и, нужно добавить, наиболее рационально.

Операционный стол расположен головным концом к окну.

Инструментальный стол операционной сестры должен находиться на той же стороне, что и хирург, по правую руку хирурга, а операционная сестра должна стоять за своим столом лицом к брюшной ране. Такое положение операционной сестры дает ей возможность следить за ходом операции и своевременно, не дожидаясь распоряжений хирурга, подготавливать и подавать необходимый инструмент и лигатуры.

Мы не пользуемся во время операции двумя инструментальными столиками — сестринским, на котором лежит основной запас инструментов и материала, и столиком, который надвигается на больную и на котором лежат ходовые инструменты, нужные хирургу. При таком раздвоении инструментального инвентаря операционной сестре труднее следить за асептическим состоянием инструмен-

тов и в то же время создается больше возможностей для оставления в брюшной полости инородных тел (пинцетов, марли и т. п.).

Прямо против хирурга должен находиться первый ассистент, который является его прямым помощником. Он вытирает кровь, помогает перевязывать сосуды, открывает по мере надобности операционное поле и т. д. Первый ассистент может легко получить от операционной сестры нужный ему инструмент, тупфер и т. д. и тотчас после использования вернуть их операционной сестре.

Второй ассистент должен стоять на стороне хирурга рядом с ним. На его обязанности лежит преимущественно раздвигание раны брюшины зеркалами и подъемниками. Ввиду того, что при положении Тренделенбурга тазовый конец высоко поднят, второму ассистенту приходится обычно становиться на подставку — невысокую, но широкую деревянную скамеечку. Без подставки нельзя обойтись даже в том случае, если второй помощник высокого роста. Второй ассистент не должен получать от операционной сестры непосредственно никаких инструментов. Если в этом встречается необходимость, ему передает нужный инструмент или материал первый ассистент или хирург.

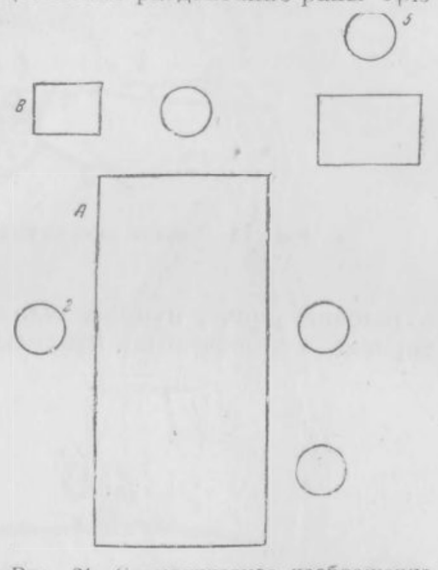


Рис. 24. Схематическое изображение положения хирурга, ассистентов, операционной сестры и наркотизатора при чревосечении.

А — операционный стол, В — столик для наркотизатора, 1 — хирург, 2 — первый ассистент, 3 — второй ассистент, 4 — наркотизатор, 5 — операционная сестра.

Наркотизатор (при ингаляционном наркозе) сидит обычно у головного конца операционного стола, имея с правой руки столик со всем необходимым для наркоза (эфир, вазелин, роторасширитель, тупфер, лоток, сердечные средства, подушку с углекислотой и т. п.).

При гексеналовом наркозе наркотизатор стоит перед столиком, на котором лежит правая рука больной, имея под рукой стол, на котором находится все, что нужно для гексеналового наркоза (см. выше). Лицо, поддерживающее челюсть больной и помогающее при гексеналовом наркозе, сидит у головного конца операционного стола.

в) Дезинфекция операционного поля (см. стр. 12)

г) «Одевание» больной (защита операционного поля)

В операционной, прежде чем переложить больную на операционный стол с каталки, на которой всегда следует ее доставлять, с больной снимают чистое белье, в которое она была одета накануне операции после душа (или ванны), и надевают на нее стерильную полот

пяпую кофточку с широкими рукавами. Волосы у больной должны быть подобраны под косынку. На ноги надевают стерильные чулки. После дезинфекции кожи живот покрывают простынями (рис. 25). Одной простыней покрывают ноги и таз до верхнего края симфиза, а другой простыней покрывают верхнюю половину туловища

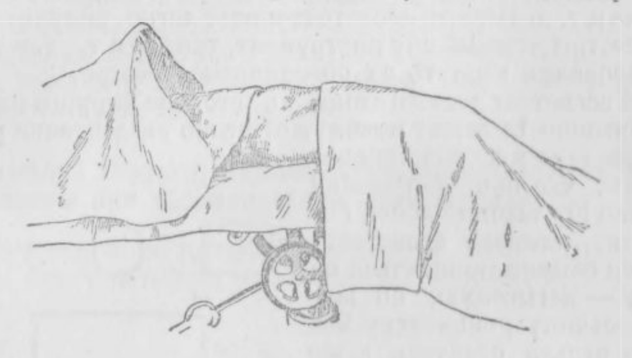


Рис. 25. Защита операционного поля при чревосечении

с головой, причем пупок всегда оставляют непокрытым для ориентировки при проведении продольного разреза. С боков кладется

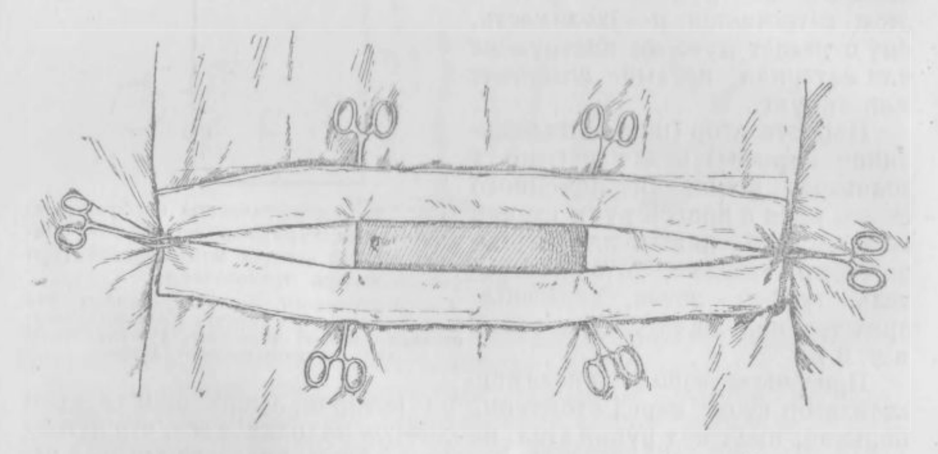


Рис. 26. Защита операционной раны на передней брюшной стенке при продольном разрезе. Края простыней, положенных вдоль средней линии, несколько отгибаются. «Цапки», соединяющие простыни с кожей, накладываются под отворотом простыни.

по небольшой простыне. Таким образом, для ограничения операционного поля на коже нужно иметь две большие и две малые простынки. Боковые простынки мы кладем таким образом, чтобы их верхний край был отогнут на ширину ладони. Четырьмя цапками простыни скрепляются между собой и с кожей, причем цапки остаются под отогнутыми краями боковых простыней (рис. 26).

д) Продольный разрез

В огромном большинстве случаев мы пользуемся для абдоминального чревосечения продольным разрезом по белой линии (linea alba) между симфизом и пупком (рис. 27). В случае надобности разрез можно продолжить и выше пупка, обойдя его с л е в а (рис. 28). Если операция произведена асептично, и брюшная рана аккуратно зашита послойно, то очень редко приходится наблюдать послеоперационные грыжи после продольного разреза.

Разрез ведется по направлению от симфиза к пупку, причем пальцы левой руки фиксируют кожу (рис. 28). Длину разреза надо сооб-

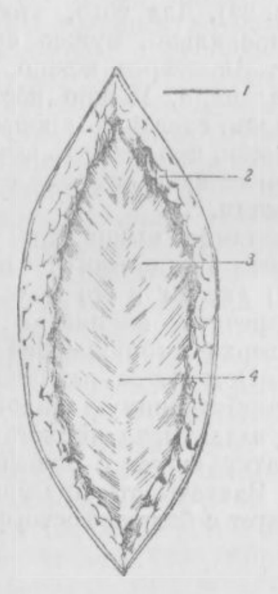


Рис. 27. Вскрытие брюшной полости по средней линии. Разрез кожи по lin. alba до апоневроза.

1 — кожа; 2 — подкожная клетчатка; 3 — фасция; 4 — средняя линия.

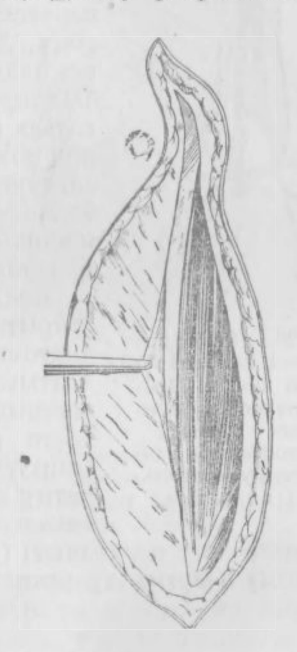


Рис. 28. Вскрытие брюшной полости по средней линии. Апоневроз разрезан по средней линии. Разрез кожи и апоневроза продолжен за пупок. Обнажена левая прямая мышца.

разовать с характером предстоящего вмешательства. Мы не являемся сторонниками миниатюрных разрезов, затрудняющих и, следовательно, замедляющих операцию, но в то же время считаем вредным «на всякий случай» делать огромные разрезы, при которых брюшная полость без пользы охлаждается и на большом протяжении соприкасается с воздухом и с материалом, вводимым для ограждения брюшной полости от операционного поля. Обычно мы делаем разрез средней величины и в случае надобности увеличиваем его в процессе операции. Во всяком случае удлинить разрез никогда не

поздно. Кожу и подкожную клетчатку разрезают до апоневроза (влагалища прямых мышц). Кровоточащие сосуды должны быть захвачены кохерами или пеанами и перевязаны тончайшими кетгутовыми лигатурами. Это отнимает немного времени, но зато предохраняет от гематом и, следовательно, способствует лучшему заживлению. Далее разрезают по средней линии апоневроз. Если разрез апоневроза проведен правильно, т. е. отступая около 0,5 см от средней линии, то вскрывают влагалище одной прямой мышцы, которую при помощи куперовских ножниц отодвигают несколько в сторону. Далее раздвигают обе мышцы при помощи пальцев (рис. 29). Для того, чтобы разрез был проведен правильно, нужно ориентироваться по пупку. Апоневроз можно разрезать при помощи скальпеля. Можно поступить и следующим образом: сделав в апоневрозе небольшое окно ножом, продолжить разрез вверх и вниз (по направлению к симфизу и к пупку) при помощи ножниц.



Рис. 29. Вскрытие брюшной полости по средней линии. После отсепаровки ножницами прямых мышц последние раздвигаются указательными пальцами.

После раздвигания мышц приступают к вскрытию брюшины. Пинцетами (лучше тупыми, анатомическими) хирург и его помощник захватывают поперечную фасцию и предбрюшинный жир в верхней (ближайшей к пупку) трети разреза. Осторожно разрезают fascia transversa и предбрюшинную жировую клетчатку и затем, захватывая пинцетами нижележащую клетчатку вместе с брюшиной, хирург разрезает последнюю (рис. 30). Захватывать предбрюшинную клетчатку и брюшину пинцетами следует с большой осторожностью,

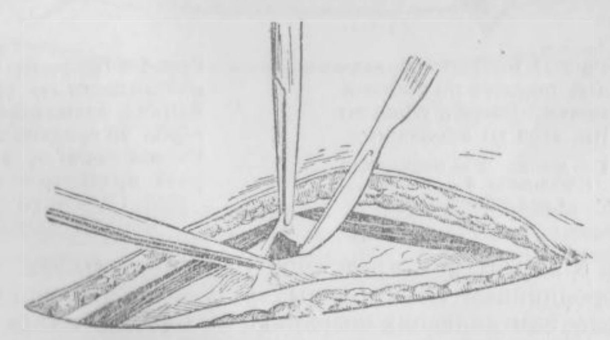


Рис. 30. Вскрытие брюшной полости по средней линии. Двумя пинцетами приподнята пристеночная брюшина. Между пинцетами брюшина рассекается ножом.

чтобы не захватить и не разрезать стенку кишки. Брюшину следует вскрыть лишь тогда, когда больная находится в глубоком нар-

козе и петли кишок не выпирают в брюшную рану. Равным образом полезно вскрывать брюшину в тренделенбурговском положении, благодаря которому кишечник отходит к диафрагме. Предбрюшинный жир и брюшину вскрывают свежим ножом, т. е. не тем, которым делался разрез кожи. После того как сделан небольшой разрез брюшины, края последней захватывают с обеих сторон пеанами (рис. 31) и разрез продолжают в обе стороны ножницами, причем брюшина шаг за шагом фиксируется хирургом и его помощником при помощи пинцетов. Разрезая брюшину по направлению к симфизу, нужно все время **помнить о близости мочевого пузыря**. В то же время нужно следить, чтобы в ножницы не попала кишка (особенно, если больная плохо уснула). Для того чтобы не ранить мочевого пузыря, нужно следить, чтобы мочевой пузырь был опорожнен непосредственно перед операцией и, при этом нельзя резать брюшину «**вслепую**». Подтянув с обеих сторон пинцетами брюшину, нужно резать ее лишь до тех пор, пока она просвечивает, отодвигая ножницами предбрюшинную жировую клетчатку. По направлению к пупку брюшину также нужно оперировать под контролем глаза, защищая кишечник указательным и средним пальцами левой руки.

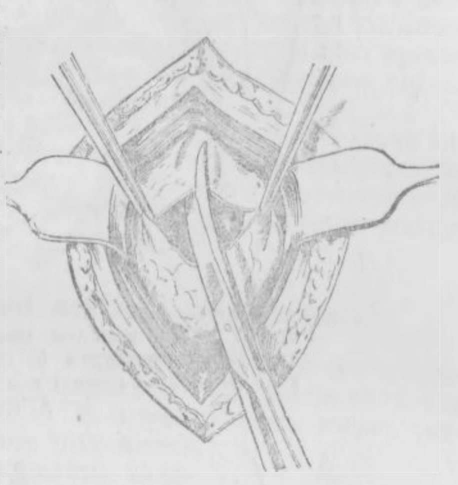


Рис. 31. Вскрытие брюшной полости по средней линии. Продолжается разрез пристеночной брюшины при помощи ножниц.

Особую осторожность при вскрытии брюшины нужно соблюдать, если можно ожидать ненормально высокого расположения мочевого пузыря, например, при кесарском сечении, при интралигаментарном расположении опухоли и т. п. Равным образом нужно чрезвычайно осторожно вскрывать брюшину при повторном чревосечении, т. е. после имевшего уже место в прошлом вскрытия брюшной полости, а также во время операции по поводу старого воспаления придатков. В этих случаях можно встретиться со спайками между кишечником и брюшиной передней брюшной стенки. Имеет смысл при таких условиях сделать большой разрез по направлению к пупку (и даже выше) и начать вскрытие пристеночной брюшины там, где, как можно предполагать, уже нет спаек.

По вскрытии брюшной полости края париетальной брюшины при помощи изогнутых зажимов Микулича прикрепляют к полотняным полотенцам, положенным на кожу по краю раны. Таким образом защищается весьма восприимчивая к инфекции подкожная жировая клетчатка. Мы обыкновенно пользуемся для защиты раны не специальными полотенцами, а отогнутыми в виде манжетки краями боковых простыней (см. выше, рис. 26). Если вследствие ломкости парие-

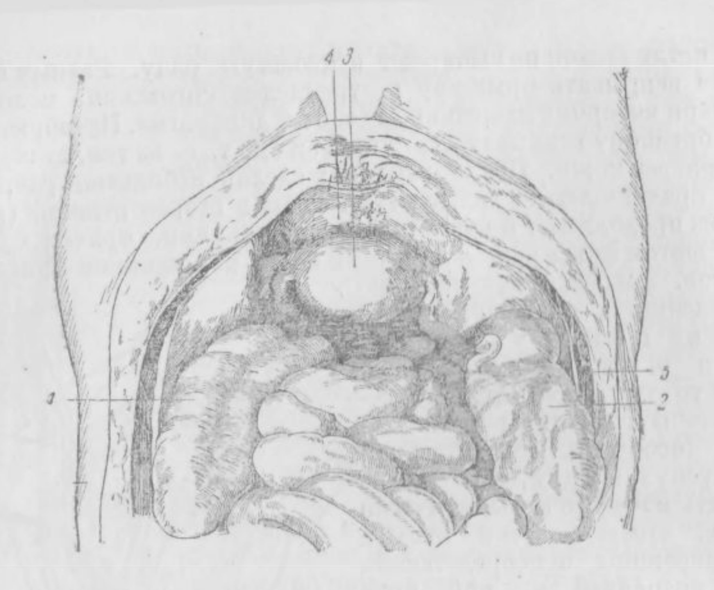


Рис. 32. Расположение кишечных петель при положении Тренделенбурга (с поднятым тазовым концом).

1 — сигмовидная кишка; *2* — слепая кишка; *3* — дно матки; *4* — мочевой пузырь.

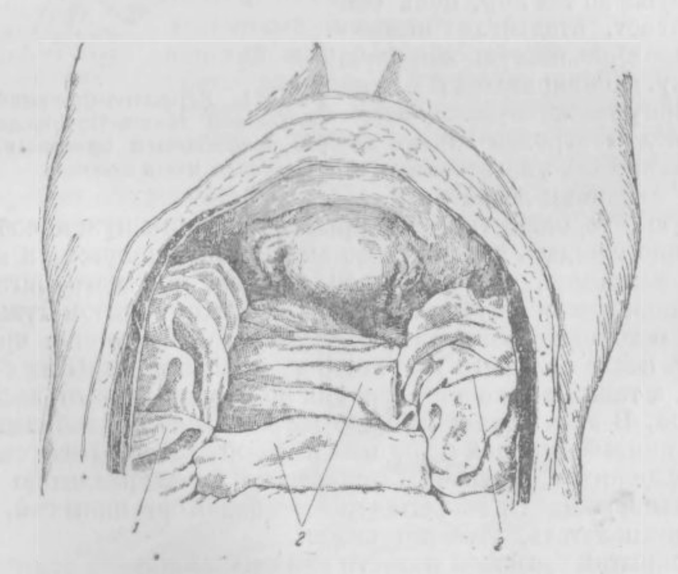


Рис. 33. Защита брюшной полости при помощи больших марлевых салфеток.

1 — закрыта сигмовидная кишка; *2* — закрыты петли тонких кишок; *3* — закрыта слепая кишка.

тальной брюшины и, особенно, вследствие чрезмерно большого развития подкожной жировой клетчатки не удается соединить края брюшины с простыней, можно отказаться от этого приема, но все же тщательно прикрыть клетчатку марлевыми салфетками или полотенцами, которые вводят в брюшную полость для защиты кишечника.

Прежде чем приступить к операции, нужно раздвинуть рану зеркалами и тщательно ознакомиться с топографическими и патологическими соотношениями данного случая (рис. 32). В связи с полученными в результате осмотра данными хирург быстро вырабатывает ближайший план операции и в дальнейшем время от времени вновь возвращается к генеральному осмотру обстановки, создающейся и изменяющейся в процессе операции.

После осмотра и выведения в брюшную рану опухоли (если операция производится по поводу наличия подвижного новообразования) хирург приступает к ограждению («з а щ и т е») брюшной полости и кишок при помощи больших марлевых салфеток или мягких полотняных полотенец (рис. 33).

е) Закрытие брюшной раны при продольном разрезе

По окончании операции следует перевести больную из тренделенбурговского положения в горизонтальное. Марлевые салфетки извлекают из брюшной полости (или полотенца) лишь тогда, когда столу придано горизонтальное положение, и в этом положении (горизонтальном) зашивают брюшную рану. Благодаря тому, что кишечник занимает нормальное положение, он выполняет брюшную полость и малый таз и выжимает из нее избыток воздуха, проникшего в полость брюшины во время тренделенбурговского положения. Кроме того, извлекая салфетки при горизонтальном положении больной, мы на конце салфетки обычно извлекаем и сальник, который, таким образом, занимает надлежащее место в нижнем отделе брюшной полости.


Рис. 34. Зашивание брюшной стенки (и в области пупка).

Перед зашиванием брюшной раны следует сменить перчатки или, если перчаток нет, промыть руки физиологическим раствором поваренной соли или 0,25—0,5 % раствором нашатырного спирта, вытереть их насухо, обработать спиртом и иодной настойкой, так как к концу операции нельзя быть уверенным в достаточной стерильности рук. Далее нужно положить свежие полотенца на живот по краям раны.

Брюшную стенку восстанавливают послойно. Для удобства зашивания края брюшины захватывают несколькими пеанами. Париетальную брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом, для чего пользуются обычно кетгутом средней толщины. Зашивание брюшины начинают сверху (от пупка) и идут книзу

(к лонному сочленению). Если разрез был продолжен выше пупка, то рационально участок брюшины от верхнего края до уровня ниже пупка тотчас зашить отдельными узловатыми кетгутовыми швами, захватывая в шов и края апоневроза (рис. 34), а зашивать лишь брюшину непрерывным швом (рис. 35). Такой способ зашивания необходим потому, что брюшина на уровне пупка и выше него довольно интимно соединена с апоневрозом, вследствие чего ненадежно шить в этом месте брюшину отдельно от апоневроза (рис. 36).

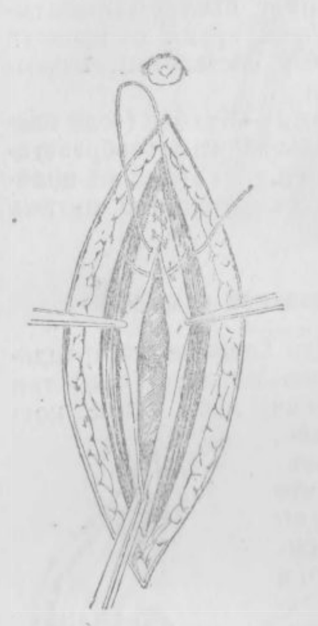


Рис. 35. Зашивание брюшины при продольном разрезе. Края пристеночной брюшины захвачены пеанами (или кохерами). Брюшина зашивается непрерывным кетгутовым швом.

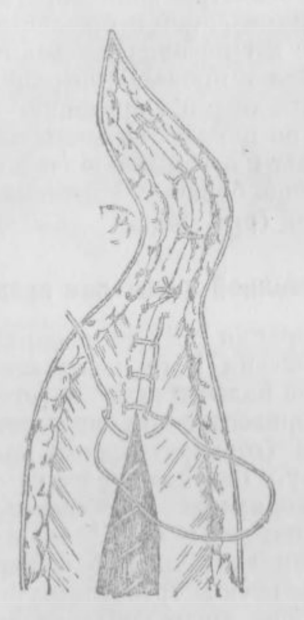


Рис. 36. Апоневроз зашит непрерывным швом по Ревердену (в предъиглу).



Рис. 37. Зашивание прямых мышц при продольном разрезе. Правая прямая мышца обнажена, левая одета апоневротическим влагалищем. Наложен непрерывный шов на париетальную брюшину.

Перед тем как затянуть в последний раз лигатуру в нижнем конце брюшинного шва, нажимают на брюшную стенку рукой, выжимая из брюшной полости остаток воздуха.

При зашивании брюшины нужно следить за тем, чтобы не прихватить в шов стенку кишки. За этим должен следить и хирург, и его помощник. Если кишки во время зашивания «неспокойны» и выпирают в рану, то нужно марлевой салфеткой поддерживать петли кишок. Когда бо́льшая часть брюшины уже зашита, салфетку извлекают.

Концом лигатуры, которой мы зашиваем париетальную брюшину, соединяются прямые мышцы живота (рис. 37), при чем, если брюшина зашивалась сверху вниз, то мышцы соединяют

лигатурой снизу вверх, т. е. от лона к пупку. Концы лигатур завязывают между собой. Благодаря переходу лигатуры с брюшины на мышцы, в нижнем углу раны пристеночная брюшина подтягивается к мышцам, что способствует лучшему заживлению. Если обнажена лишь одна прямая мышца, а другая покрыта апоневротическим влагалищем, то шов с одной стороны захватывает мышцу, а с другой — ткань влагалища прямой мышцы (рис. 38). Шов, соединяющий мышцы, нельзя слишком туго затягивать, так как мышца легко прорезывается лигатурой.



Рис. 38 Зашивание прямых мышц при продольном разрезе. Мышцы соединены при помощи непрерывного шва.

После соединения краев мышц приступают к зашиванию апоневроза. Этот этап закрытия брюшной раны имеет решающее значение, так как только прочность апоневротического шва может предохранить от образования послеоперационной грыжи. Поэтому и хирург, и помощник должны внимательно следить за тем, чтобы игла вкалывалась в край апоневроза, а не в жировую клетчатку. При внимательной аккуратной работе легко избежать ошибок. Самое главное — хорошо и своевременно при помощи пинцетов обнаружить край апоневроза. Если брюшная стенка податлива, а больная не истощена, то при доброкачественных процессах апоневроза соединяются обыкновенно непрерывным кетгутовым швом. Лучше применить реверденовский шов, причем помощник должен хорошо затягивать лигатуру. Апоневроз следует шить от пупка к симфизу. В случаях значительного развития подкожного жирового слоя, особенно при злокачественных процессах у ослабленных больных, а также при токсикозах беременности (например, эклампсии, нефропатии) надежнее соединять края апоневроза отдельными узловыми кетгутовыми лигатурами. Мы никогда не пользовались для закрытия брюшной раны погружными шелковыми лигатурами и никогда в этом не раскаивались.

Края кожной раны соединяют обычно тремя шелковыми лигатурами, которыми нужно захватить всю толщу жировой клетчатки. На остальном протяжении края кожи соединяют обычно металлическими скобками Мишеля. Поверх швов накладывают обыкновенную коллодийную повязку, состоящую из тонкой полосы ваты, обернутой марлевыми салфетками. Вместо коллодия можно пользоваться клеолом.

ж) Поперечный разрез по Пфанненштилю

В огромном большинстве случаев мы пользуемся продольным разрезом и не видим большого преимущества в поперечном разрезе по Пфанненштилю. Единственное бесспорное преимущество по-

следнего заключается в том, что он менее заметен, так как совпадает обычно с естественной поперечной исчерченностью кожи и проводится по надлобковой кожной складке, которая имеется почти у всех женщин. В отношении прочности все за-

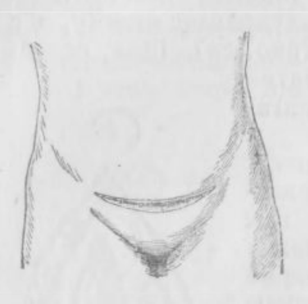


Рис. 39. Поперечный разрез по Пфанненштилю. Разрез кожи.

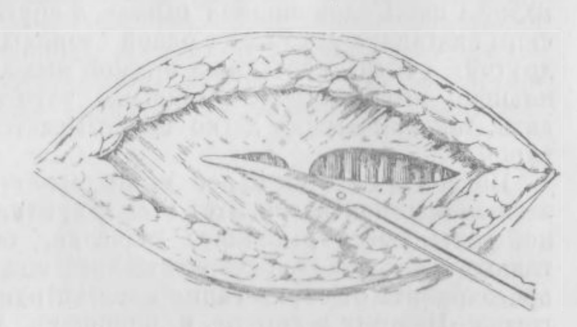


Рис. 40. Поперечный разрез по Пфанненштилю. Разрез апоневроза.

висит от асептичности операции: при нормальном течении послеоперационного периода и правильном соединении краев продольный разрез дает не худшие результаты, чем поперечный разрез. В отношении удобства обозрения и доступности операционного поля, а также возможности удлинения продольный разрез имеет несомненные преимущества. Мы пользуемся поперечным разрезом в случаях несложных абдоминальных операций у женщин с несильно развитым подкожным жировым слоем. В некоторых случаях приходится делать поперечный разрез исключительно из косметических целей.

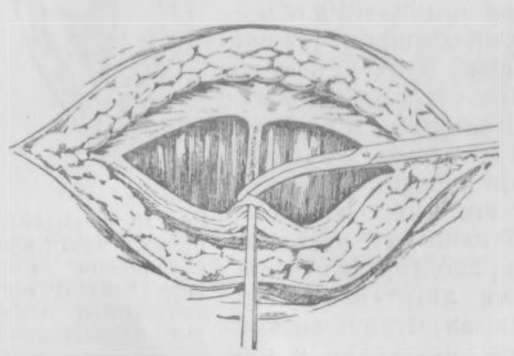


Рис. 41. Поперечный разрез по Пфанненштилю. Апоневроз отсепаровывается от прямых мышц.

Разрез по Пфанненштилю проводится по надлобковой складке приблизительно сантиметрах в трех выше лонного сочленения (рис. 39). Кровоточащие сосуды нужно захватить и тотчас же перевязать тонким кетгутом. Величина кожного разреза зависит от особенностей предстоящей операции и в среднем равняется 10—12 см. Апоневроз надрезают скальпелем с обеих сторон от средней линии до мышц, через образовавшиеся в апоневрозе окна разрез при помощи изогнутых ножниц Купера удлиняют соответственно длине кожного разреза (рис. 40). При помощи небольшого тупфера («горошины») апоневроз тупо отслаивают вверх и вниз от подлежащей мышцы и

затем куперовскими ножницами подсекают соединительнотканный стык между апоневротическими влагалищами прямых мышц (рис. 41). Далее не представляет особого труда разъединить прямые мышцы, как при продольном разрезе, и вскрыть париетальную брюшину (рис. 42). Обычно разрез апоневроза доходит с обеих сторон до наружного края прямых мышц. Если встречается необходимость в увеличении брюшной раны, то это приходится делать за счет увеличения поперечного разреза апоневроза в стороны. Далее наружного края прямой мышцы апоневротические листки, составляющие переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, расходятся, образуя сухожилия трех мышц: m. obliquus abdominis externus, m. obliquus abdominis internus m. transversus. После того как разрезано сухожилие m. obliqui abdominis externi, надрезается сухожилие

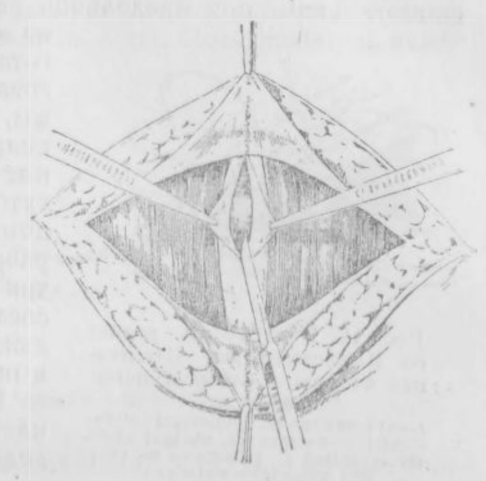


Рис. 42. Поперечный разрез по Пфанненштилю. Вскрытие брюшины по средней линии.

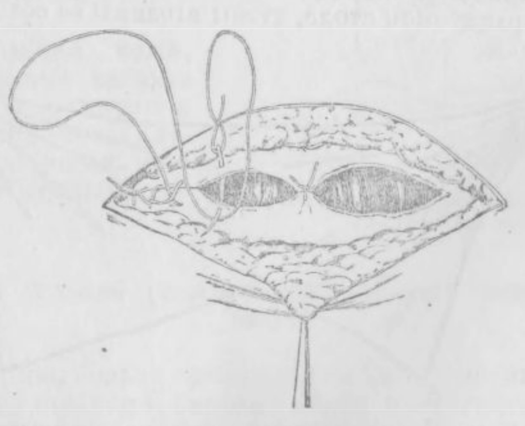


Рис. 43. Поперечный разрез, по Пфанненштилю. Зашивание апоневроза.

m. obliqui abdominis interni и m. externi, а мышечные волокна последних двух мышц тупо разъединяют.

Мы никогда не надрезаем прямых мышц для увеличения операционной раны.

Закрытие брюшной раны при поперечном разрезе производится следующим образом. Париетальная брюшина и прямые мышцы зашивают как при продольном разрезе. Малейшее кровотечение из мышц должно быть тщательно остановлено во избежание образования субфасциальной гематомы. Апоневроз обычно зашивают непрерывным реверденовским швом или узловатыми швами (всегда кетгутовыми) (рис. 43). Нужно всегда помнить, что в углах поперечного разреза следует захватывать все три фасциальных листка, которые, соединяясь, образуют в общем переднюю стенку влагалища прямой мышцы (рис. 44).

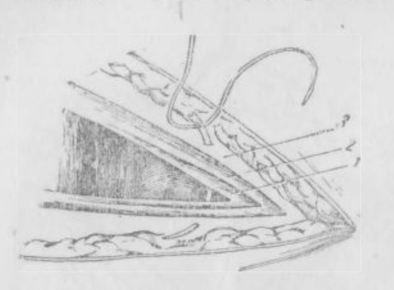


Рис. 44. Поперечный разрез по Пфанненштилю. Зашивание большого фасциального разреза.
1—сухожилие m. transversi abdominis; 2—фасция m. obliqui abdominis intern., 3—фасция m. obliqui abdominis externus.

Кожу с подкожной жировой клетчаткой зашивают, как при продольном разрезе.

3. ТЕХНИКА ВЛАГАЛИЩНОГО ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ
(Colpocoeliotomia)

а) Положение больной при влагалищной операции

Для влагалищной операции больная должна таким образом лежать на операционном столе, чтобы ягодицы ее совпадали с краем

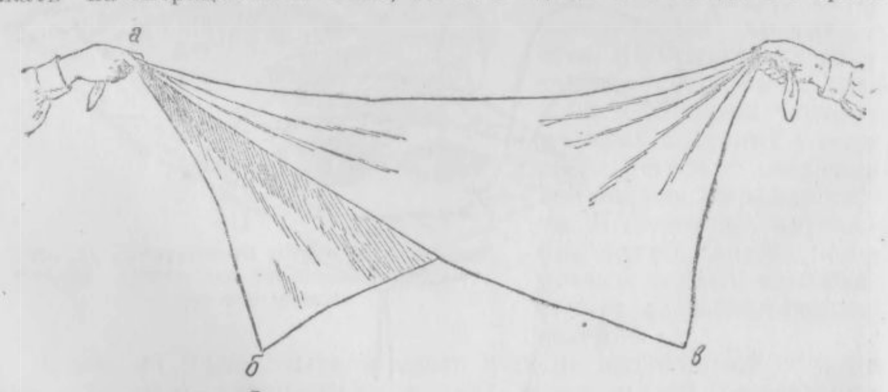


Рис. 45. Использование простыни для завязывания ног.

ножного конца стола. Еще лучше, если ягодицы сантиметров на 6—8 заходят за край стола. Ноги больной должны быть согнуты в тазобедренных и коленных суставах, причем бедра должны быть прижаты к животу. При таком положении таз образует с позвоночником угол, и больная лежит на столе с несколько приподнятым копчиком (и тазом), что облегчает доступ к органам малого таза. Наоборот, при свисании таза больной со стола и недостаточном сгибании в тазо-

бедренных суставах манипуляции хирурга могут быть затруднены.

Для того, чтобы удержать больную в таком положении, очень удобен общеизвестный ногодержатель Отта. Ногодержатель можно

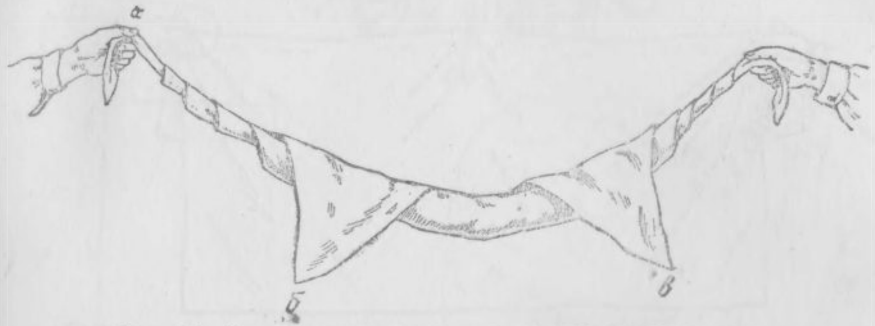


Рис. 46. Использование простыни для завязывания ног.

с успехом заменить длинными полотенцами или, еще лучше, большой простыней (рис. 45, 46), которую нужно провести через шею и одно плечо больной (рис. 47).


Рис. 47. Использование просты и для завязывания ног.

Рукі при влагалищной операции должны лежать таким образом, чтобы плечи были расположены вдоль груди, а предплечья и кисти рук — на груди.

б) **Дезинфекция кожи, наружных половых органов и влагалища** производится под наркозом, кроме тех случаев, когда операция производится под местной анестезией.

в) «Одевание» больной (защита операционного поля стерильным бельем)

После того, как больная положена на стол и произведена дезинфекция кожи и влагалища спиртом и иодом, приступают к «одеванию» больной. Прежде всего подкладывают небольшую стерильную простыню под таз больной. Простыня должна свисать до пола, доходя до таза, который ставится между ногами хирурга и в который бросают во время операции использованный материал. Затем на ноги больной надевают стерильные широкие полотняные чулки, которые должны доходить до паховых сгибов (рис. 48). Далее поступают, как показано на рис. 49 и 50. Таким образом, наружные половые органы находятся в центре прямоугольника, образованного простынями. Вместо простыней можно использовать полотенца.

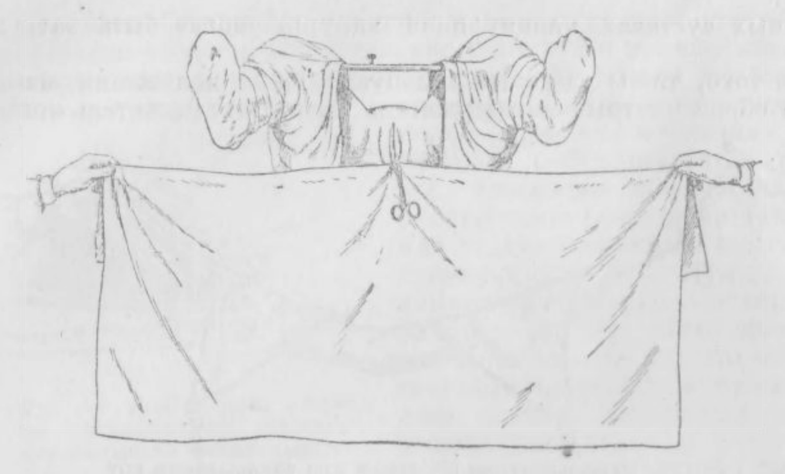


Рис. 48. «Одевание» больной (защита операционного поля) при влагалищных операциях (первый момент).



Рис. 49. «Одевание» больной при влагалищных операциях (второй момент).

Рис. 50. «Одевание» больной при влагалищных операциях (третий момент).

г) Расположение хирурга, ассистентов, наркотизатора и операционной сестры

Хирург сидит перед операционным полем на табурете («вертушке»). Прежде чем начинать операцию хирург должен удобно устроиться, т. е. сесть так, чтобы ему не пришлось тянуться вверх к операционному полю или, наоборот, чрезмерно нагибаться. Для этого нужно либо поднять или опустить операционный стол, либо изменить высоту табурета. Рефлектор на столе должен быть поставлен так, чтобы свет падал на операционное поле. По правую руку хирурга стоит инструментальный столик, за которым, лицом к операционному полю, стоит (или сидит) операционная сестра (рис. 51). Ассистенты должны стоять, как показано на рис. 52. Ассистенты все время следят за тем, чтобы бедра больной не отходили далеко от живота, а таз не свисал с операционного стола, что затрудняет рабо-

ту хирурга. Ассистенты должны все время быть в «т о н у с е», т. е. в состоянии постоянной готовности помочь хирургу, внимательно следя за ходом операции. Мы не считаем удобным, чтобы ассистенты сидели, так как при сидячем положении они не могут должным образом поддерживать удобное положение больной во время опера-

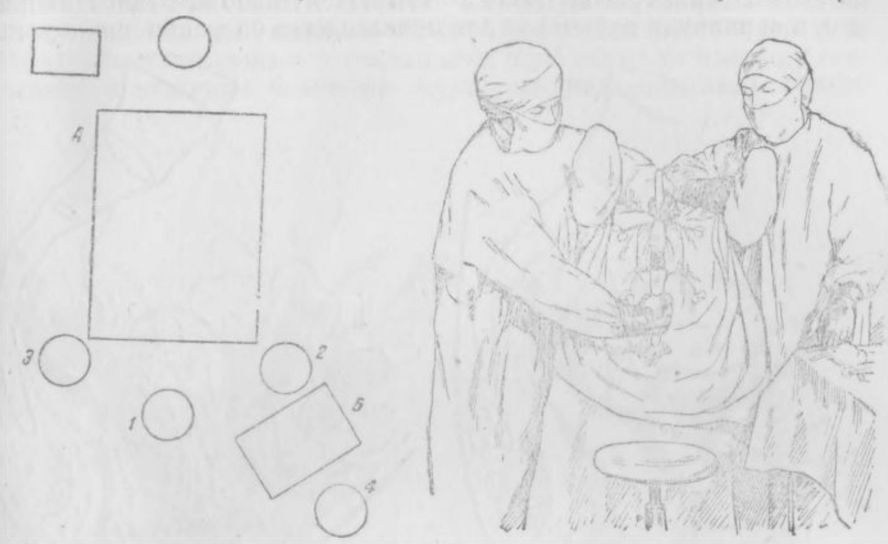


Рис. 51. Схематическое изображение положения хирурга, ассистентов и операционной сестры при влагалищной операции.

А — операционный стол; Б — инструментальный стол; 1 — хирург; 2 — первый ассистент; 3 — второй ассистент; 4 — операционная сестра.

Рис. 52. Положение ассистентов при влагалищной операции.

ции. Первый ассистент, т. е. тот, который стоит «на левой ноге» у инструментального стола, является наиболее активным помощником во время операции. Второй ассистент («на правой ноге») правой рукой держит заднее зеркало и по ходу операции по возможности помогает хирургу наравне с первым ассистентом. Помощь ассистентов при влагалищных операциях имеет большое значение для четкого проведения операции, и хирург должен требовать от своих помощников четкости движений. Наркотизатор, сидящий у головного конца операционного стола при влагалищных операциях, не имеет возможности следить за ходом операции.

д) Передняя кольпотомия (Colpotomia anterior; colpocoeliotomia anterior)

Передняя кольпотомия, т. е. разрез переднего свода с проникновением в excavatio vesico-uterina (colpocoeliotomia), или разрез переднего свода без вскрытия брюшины (colpotomia), никогда не является самостоятельной операцией. Подобно вскрытию брюшной стенки, она является лишь вспомогательным этапом, открывающим путь для производства основной операции (внутрибрюшин-

ной или внебрюшинной). При глубоком наркозе мышцы промежности и тазового дна настолько расслабляются, что обычно имеется возможность ввести зеркала во влагалище не только рожавших женщин, но и нерожавших и даже девственниц, и таким образом, получить доступ к переднему своду. Если доступ почему-либо затруднен (например, при наличии рубцов), то для производства операции приходится



Рис. 53. Рисунок схематический. Нормальное расположение органов малого таза.

1—мочевой пузырь; 2—соединительнотканные волокна между задней стенкой мочевого пузыря и шейкой матки; 3—передний свод; 4—дугласов карман (excavatio recto-uterina); 5—пузырно-маточный карман (excavatio vesico-uterina).



Рис. 54. Рисунок схематический. Матка энергично низведена ко входу во влагалище. Мочевой пузырь очень мало подался вперед. Лишь задняя стенка мочевого пузыря образовала дивертикул. Соединительнотканные волокна между пузырем и шейкой вытянуты и напряжены. Дугласов карман также приблизился ко входу во влагалище.

прибегнуть к дополнительному промежностному разрезу (см. ниже).

После введения зеркал производится дополнительная дезинфекция стенки влагалища и влагалищной части матки спиртом и иодом, после чего двумя пулевыми щипцами или щипцами Мюзо захватывается передняя губа влагалищной части матки. Для того, чтобы обнаружить своды и portio vaginalis uteri, приходится ввести длинное желобоватое заднее зеркало. После того как захвачена влагалищная часть шейки, длинное заднее зеркало следует заменить более коротким зеркалом Фрича или Дуайена (рис. 6), которое позволяет низвести максимально ко входу во влагалище (introitus ad vaginam) шейку матки.

Низведение шейки матки является непременным условием правильного и успешного проведения операции кольпотомии. Рис. 53, 54, 55 хорошо демонстрируют анатомические соотношения при мат-

ке не низведенной, т. е. находящейся на своем нормальном месте (in situ), и анатомические соотношения, создающиеся благодаря максимальному низведению шейки матки (см. подписи под рисунками).

После того как матка (шейка) низведена по направлению ко входу во влагалище и, таким образом, несколько вывернута передняя стенка влагалища и передний свод приближен ко входу во влагалище, помощники боковыми зеркалами (подъемниками) хорошо

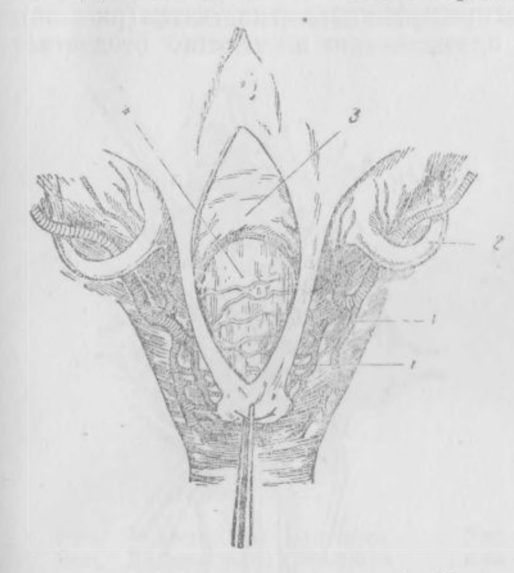


Рис. 55. Рисунок схематический. Матка (шейка) сильно низведена ко входу во влагалище. На передней стенке влагалища вырезано овальное окно, через которое виден мочевой пузырь (*3*) и передняя стенка шейки матки (*4*). Мочевой пузырь и мочеточник (*2*) при сильном низведении шейки значительно отстают и сравнительно мало смещаются вниз. Маточная артерия (I), наоборот, значительно низводится, следуя шейке. Виден перекрест мочеточника с a. uterina.



Рис. 56. Передняя кольпотомия (colpotomia anterior). Шейка низведена ко входу во влагалище и оттянута кзади. Сделан полулунный разрез на границе между сводом и portio vaginalis.

раздвигают половую щель, а второй помощник правой рукой держит в максимальном натяжении щипцы Мюзо (т. е. шейку матки) вместе с задним зеркалом. Хирург, у которого обе руки свободны, делает ножом поперечно дугообразный разрез через передний свод. Разрез должен быть проведен на том уровне, где проходит последняя поперечная складка стенки влагалища и начинается гладкая поверхность слизистой влагалищной части шейки матки (рис. 56). Для облегчения дальнейших манипуляций (отслойки мочевого пузыря, нахождения и вскрытия брюшины) рекомендуется увеличить дугообразный разрез свода при помощи двух добавочных разрезов, как показано на рис. 57. Благодаря этим разрезам очерчивается языкообразный лоскут. Разрез должен быть достаточно глубоким, чтобы

проникнуть через всю толщу стенки влагалища в соединительнотканный слой (клетчатку), который находится между пузырем и шейкой матки. Благодаря энергичному низведению portionis vaginalis uteri, верхний край разреза при достаточной глубине сразу отходит кверху, и края расходятся на 0,5—1 см. (рис. 57).

Захватив край языкообразного лоскута в хирургический пинцет (или зажим Кохера) при одновременном подтягивании шейки вниз, хирург перерезает куперовскими ножницами натягивающиеся пучки соединительнотканных волокон прецервикальной клетчатки (рис. 58). Надрезая клетчатку, хирург одновременно постепенно отодвигает

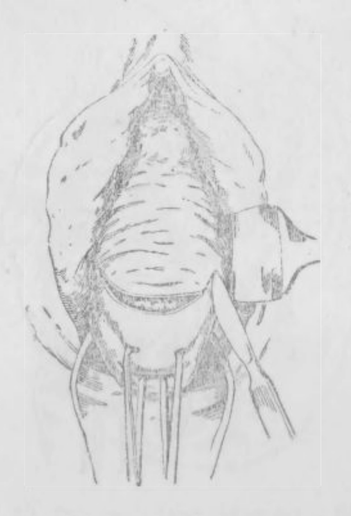


Рис. 57. Передняя кольпотомия. Полулунный разрез увеличен. При правильном разрезе и энергичном низведении шейки края раны значительно расходятся.

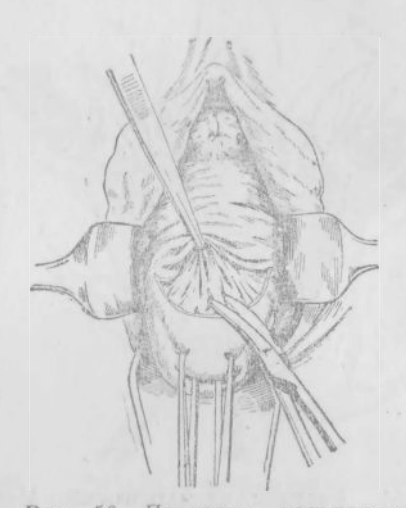


Рис. 58. Передняя кольпотомия. Начало отслойки задней стенки мочевого пузыря от шейки матки. Пинцетом захвачен край влагалища. Ножницами рассекаются натянутые волокна пузырно-влагалищной перегородки (septum vesico-vaginale).

тыльной стороной ножниц клетчатку и лоскут кверху. Пинцет с верхнего края лоскута может быть в дальнейшем перенесен на клетчатку, пучки которой перерезают ножницами (рис. 59). Если хирург попал в надлежащий слой, то отслойка мочевого пузыря должна итти легко, и после надрезки острым путем (ножницами) клетчатки пальцем легко продолжить отслойку пузыря и дойти до пузырно-маточной складки брюшины (plica vesico-uterina) (рис. 60). Палец, доходящий до брюшины, получает особое ощущение гладкости и свободы движений.

Обычной ошибкой при отслойке мочевого пузыря у начинающих хирургов являются две крайности. Чрезмерно осторожный хирург, опасаясь ранения мочевого пузыря, углубляется в ткань шейки и не может дойти до брюшины. Чрезмерно смелый и не разбирающийся в анатомии хирург идет не в клетчаточный слой между пузырем

и шейкой, а прямо на стенку мочевого пузыря. Нужно помнить, что пузырь обычно соединен с передней поверхностью шейки матки весьма рыхло, за исключением случаев патологических, как, например, при распространенном раке шейки матки, воспалении и т. п. Если встречаются затруднения при отсепаровке пузыря, то причину нужно искать не в «особенностях случая», а в погрешностях манипуляций. При наличии затруднений нужно прежде всего прекратить слепое и упорное оперирование. Нужно как следует осушить операционное поле от крови, как следует подтянуть шейку матки ко входу во

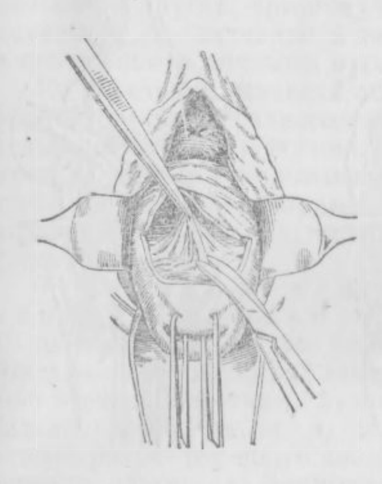


Рис. 59. Передняя кольпотомия. Дальнейшая отслойка мочевого пузыря от шейки матки. Пинцетом захвачена клетчатка между пузырем и шейкой. Ножницами рассекаются натянутые соединительнотканные волокна.

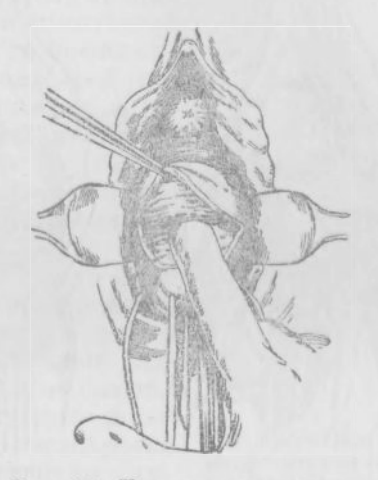


Рис. 60. Передняя кольпотомия. Дальнейшая отслойка мочевого пузыря. Пинцетом захвачен и приподнят край влагалища. Мочевой пузырь частично уже отсепарован острым путем. Указательным пальцем продолжается отслойка пузыря.

влагалище и кзади, разобраться спокойно в анатомии и лишь после внесения полной ясности продолжать операцию. Мы обычно не пользуемся катетеризацией мочевого пузыря для выяснения топографических соотношений, однако начинающему можно в затруднительных случаях советовать воспользоваться этим приемом. Хирург вводит в мочевой пузырь металлический катетер и, повернув клюв последнего к себе, пальцем другой руки, находящимся во влагалищной ране, осторожно нащупывает конец катетера и, таким образом, уясняет, где находится стенка мочевого пузыря. Натяжение шейки матки в этот момент должно быть ослаблено. Самое главное не оперировать, не продолжать бесплодных манипуляций, если анатомические соотношения не ясны, ибо бессистемное отодвигание тканей, надрезывание и т. п. ведут лишь к усиленному кровотечению и пропитыванию клетчатки кровью, что в еще большей степени затрудняет дальнейшие манипуляции.

После того как мочевой пузырь отсепарован, приступают к дальнейшему этапу — нахождению и вскрытию пузырно-маточной брюшинной складки (plica vesico-uterina). Для этого вводят подъемник во влагалищную рану под мочевой пузырь и отодвигают его кверху. Хирург обертывает указательные пальцы обеих рук маленькой марлевой салфеткой (рис. 61) и, несколько раздвигая в стороны клетчатку, доходит до складки и стягивает последнюю к себе — книзу. Складка брюшины представляется в виде языка белесоватого цвета, полулунная граница которого должна быть ясно видна. Следует принять за правило не вскрывать брюшину пока не будет совершенно отчетливо виден этот «к о з ы р е к», т. е. языкообразная складка брюшины. Это может предохранить от ранения мочевого пузыря, ибо слизистая мочевого пузыря (без мышечного слоя мочевого пузыря) может напомнить складку брюшины. Для того, чтобы складка брюшины, подтянутая пальцем, не ушла кверху, можно ее захватить одним или двумя пеанами, как показано на рис. 61

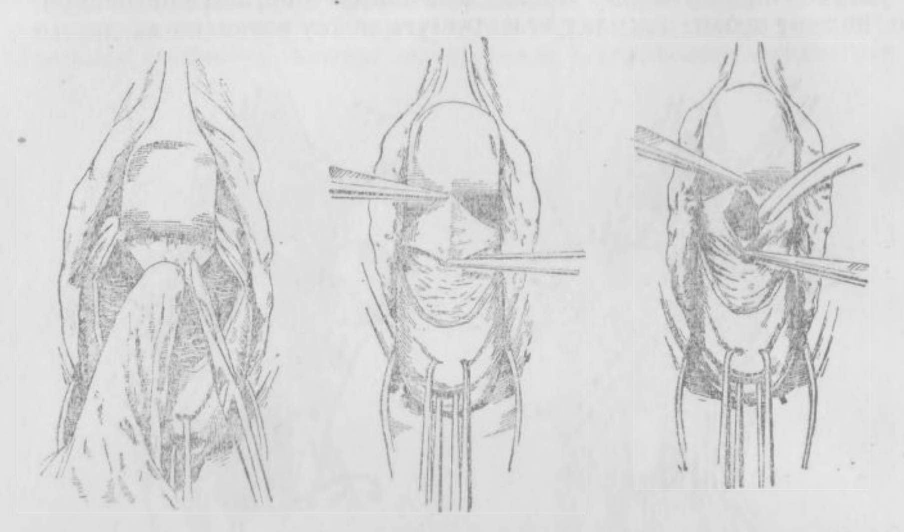


Рис. 61. Передняя кольпоцелиотомия. Мочевой пузырь полностью отсепарован и отодвинут кпереди подъемником. Видна полулунная складка брюшины (plica vesico-uterina), которая несколько оттянута книзу указательным пальцем, обернутым марлей. Складка с левой стороны захвачена пеаном.

Рис. 62. Передняя кольпоцелиотомия. Отсепарованный мочевой пузырь отодвинут подъемником. Складка брюшины захвачена пинцетами или пеанами Матка максимально низведена ко входу во влагалище и кзади.

Рис. 63. Передняя кольпоцелиотомия. Пузырно-маточная складка брюшины разрезается и расширяется в обе стороны ножницами.

Вскрытие брюшины производится при помощи куперовских ножниц, как показано на рис. 62 и 63. Для того, чтобы пузырная брюшина не ушла и чтобы ее не пришлось искать, когда она в дальнейшем, по ходу предстоящей операции, понадобится, рационально наложить

на нее длинный узловатый кетгутовый шов, концы которого захватывают в пеан и помещают на простыне, покрывающей симфиз и живот больной. При помощи этой лигатуры всегда можно достать край брюшины. После вскрытия брюшины приступают к производству основной операции, для которой кольпоцелиотомия являлась лишь этапом, при помощи которого прокладывается путь в брюшную полость и к внутренним половым органам. При некоторых операциях, как, например, при влагалищном кесарском сечении, при влагалищной консервативной миомотомии и других, брюшину вскрывать не приходится и ограничиваются лишь кольпотомией с отсепаровкой мочевого пузыря до брюшины.

По окончании основной операции край пузырной брюшины захватывают пеанами и отдельными тонкими кетгутовыми швами пришивают к брюшине, покрывающей матку. Разрез влагалищного свода закрывают либо узловатыми кетгутовыми швами, либо непрерывным кетгутовым швом.

Основные моменты операции передней кольпоцелиотомии: 1) введение зеркал во влагалище и захватывание шейки матки, 2) замена длинного заднего зеркала коротким, 3) низведение (максимальное) шейки матки, 4) полулунный поперечный разрез переднего свода, 5) отсепаровка мочевого пузыря, 6) вскрытие брюшины (пузырно-маточной складки), 7) зашивание брюшины и влагалищной раны.

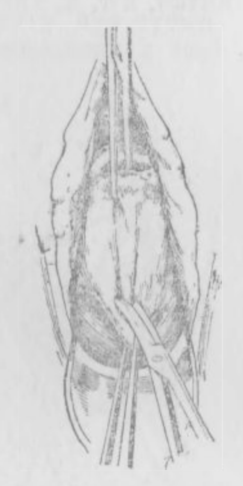


Рис. 64. Задняя кольпоцелиотомия (colpocoeliotomia posterior). Шейка матки энергично низведена ко входу во влагалище и подтянута кпереди. Пинцетом захвачена стенка заднего свода и вытянута в складку. Ножницами делается поперечный разрез заднего свода (кольпотомия).

е) Задняя кольпоцелиотомия (Colpocoeliotomi posterior)

Как и передняя кольпоцелиотомия, задняя кольпоцелиотомия является лишь вспомогательной операцией, дающей доступ к внутренним половым органам через дугласов карман (excavatio rectouterina). После того как щипцами Мюзо или пулевыми захвачена влагалищная часть шейки матки (задняя губа), нужно переменить длинное заднее зеркало на короткое (Фрича или Дуайена). Далее нужно низвести шейку ко входу во влагалище и затем резко изменить направление щипцов Мюзо (или пулевых) кпереди по направлению к лонному сочленению (рис. 64). Для лучшего доступа к заднему своду необходимо хорошо согнуть ноги больной в тазобедренном суставе и несколько приподнять таз (согнуть по отношению к позвоночнику). Пулевыми щипцами или длинным хирургическим пинцетом захватывают стенку влагалища и куперовскими ножницами делают поперечный разрез заднего свода. Далее пинцетом захватывают брюшину дугласова кармана (plica recto-uterina) и вскрывают ее ножницами (рис. 65 и 66). Для остановки всегда наблюдающегося

при вскрытии заднего свода кровотечения и для того, чтобы брюшина дугласова кармана не ушла, обычно ее соединяют узловатыми кетгутовыми швами с нижним краем поперечного разреза заднего свода (рис. 67).

Описанным образом производится задняя кольпоцелиотомия, когда этим путем имеют в виду получить доступ к внутренним половым органам, например, для удаления опухоли, лежащей позади матки, и т. п. или для экстирпации матки через влагалище. Через





Рис. 65 и 66. Задняя кольпоцелиотомия. Свод разрезан, пинцетом захвачена в складку брюшина заднего дугласова кармана, ножницами вскрывается брюшина (целиотомия).

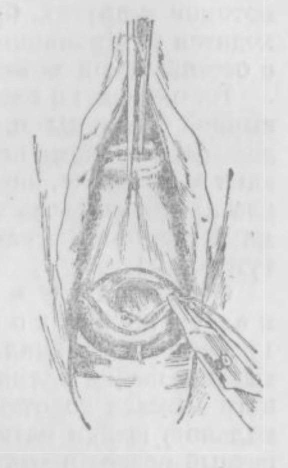


Рис. 67. Задняя кольпоцелиотомия. Вскрыт свод и брюшина дугласова кармана. Узловыми лигатурами край брюшины соединяется с краем свода влагалища.

заднее кольпотомическое отверстие легко можно зажать и перерезать крестцово-маточные связки. Если кольпоцелиотомия является только вспомогательной операцией, то по окончании основной операции кольпотомическое отверстие зашивают рядом отдельных кетгутовых швов, захватывающих стенку влагалища и брюшину.

Во избежание ранения прямой кишки, рекомендуется при разрезе свода и брюшины держаться ближе к portio vaginalis.

Для того, чтобы дренировать дугласов карман (например, при гнойном экссудате или при haematocele retrouterina) делается кольпотомия при помощи инцизии ножом (после пункции) и дальнейшего тупого расширения инцизионного отверстия (см. ниже «Пункция и дренирование дугласова кармана»).

Основные моменты операции задней кольпоцелиотомии: 1) введение зеркал во влагалище и захватывание шейки матки, 2) смена длинного зеркала на короткое (Фрича или Дуайена), 3) низведение шейки матки ко входу во влагалище и одновременное оттягивание ее кпереди (кверху), 4) вскры-

тие свода, 5) вскрытие брюшины, 6) соединение узловатыми швами края разрезанной брюшины с задним краем кольпотомического разреза, 7) закрытие кольпоцелиотомической раны.

ж) Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез (разрез Шухардта)

При рубцовых изменениях во влагалище (например, при пузырно-влагалищных свищах) или при значительном сморщивании тка-

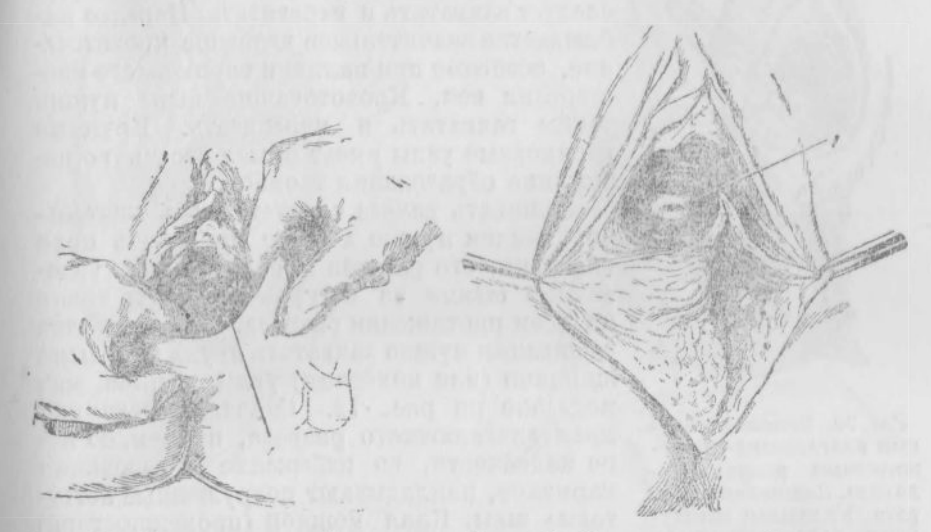


Рис. 68. Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез Шухардта. Руками натянута промежность сбоку от заднего прохода. Обозначено направление разреза.

Рис. 69. Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез Шухардта. В глубине видна влагалищная часть шейки матки (*1*).

ней у старух приходится иногда прибегать к вспомогательному влагалищно-промежностному разрезу, для того чтобы создать достаточный доступ к внутренним органам.

Разрез может ограничиться вульварным кольцом (episiotomia) или, по предложению Шухардта, можно пройти далее во влагалище и через тазовое дно. Глубина вспомогательного разреза может колебаться соответственно потребности в каждом случае.

Вспомогательный разрез проводят сбоку от средней линии, обычно с л е в а (удобнее для хирурга, сидящего напротив больной и работающего правой рукой). Прежде всего нужно наметить место, где будет проходить разрез, и для проведения его растянуть (напрячь) ткани (рис. 68). Нужно следить, чтобы, с одной стороны, не поранить sphinctor ani externus и прямую кишку, а с другой, — не разрезать выводной проток бартолиниевой железы и кавернозное сплетение (bulbus cavernosus vestibuli). Разрез должен проходить латерально от задней спайки сантиметра на полтора-два и далее — косвенно — по направлению к tuber ischii (рис. 69). Разрез рассекает губу

m. bulbo-cavernosus, trigonum uro-genitale, стенку влагалища, кожу промежности, жировую ишио-ректальную клетчатку и, если нужно, то и m. levator ani; к последнему, впрочем, редко приходится прибегать. Глубокий влагалищно-промежностный разрез дает достаточный для оперативных манипуляций доступ к передней стенке влагалища, сводам и шейке матки. Артериальное кровотечение при разрезе бывает незначительным (кровоточат ветки A. transversae perinei и a. vaginalis); кровоточащие сосуды следует захватить и перевязать. Нередко наблюдается значительное венозное кровотечение, особенно при наличии варикозного расширения вен. Кровоточащие вены нужно также захватить и перевязать. Крупные варикозные узлы имеет смысл иссечь во избежание образования тромбов.

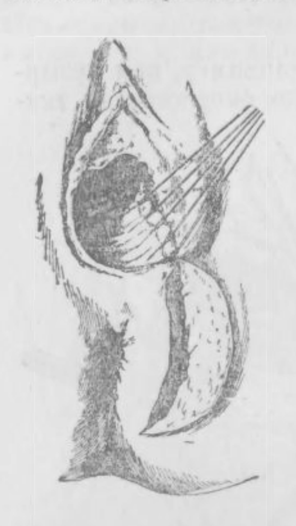


Рис. 70. Вспомогательный влагалищно-промежностный разрез Шухардта. Зашивание разреза. Узловыми лигатурами соединены края влагалищной части разреза. Кожа еще не зашита.

Зашивать разрез следует очень тщательно, причем нужно хорошо приладить края влагалищного разреза и погружными узловатыми швами из кетгута соединить ткани на всем протяжении разреза. Для удобства зашивания нужно захватить двумя пулевыми щипцами (или кохерами) углы разреза, как показано на рис. 72. Сначала соединяют края влагалищного разреза, причем, по мере надобности, во избежание образования карманов, накладывают погруженные кетгутовые швы. Края кожной (промежностной) раны можно соединить скобками Мишеля или узловыми шелковыми лигатурами (рис. 70).

Б. СПЕЦИАЛЬНАЯ ЧАСТЬ

I. ОПЕРАЦИИ НА НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНАХ И ВЛАГАЛИЩЕ

а) Вылущение кисты бартолиниевой железы (Enucleatio cystis glandulae Bartholinii)

В результате облитерации отверстия выводного протока бартолиниевой железы может образоваться ретенционная киста, которая нередко достигает значительной величины (с куриное яйцо и даже несколько больше). Ретенционная киста возникает обычно на почве перенесенного воспалительного процесса. Киста содержит либо серовато-желтую муцинозную жидкость, либо гнойную массу (обычно асептическую), либо жидкость темнокофейного цвета. Ввиду инфекционной этиологии кисты бартолиниевой железы, в ее содержимом могут находиться вирулентные микробы, поэтому никогда не следует оперировать вскоре после острого воспаления или обострения хронического воспаления железы. Оперировать можно лишь

в холодном периоде, причем нужно учитывать картину крови (общее количество лейкоцитов, формулу крови по Шиллингу) и, особенно, реакцию оседания эритроцитов (см. стр. 10). Следует обращать внимание и на характер влагалищного секрета. При наличии гнойных белей (III—IV степень чистоты) операцию лучше отложить, пока под влиянием лечения не будет достигнута I—II степень чистоты.

Принято думать (и совершенно неправильно), что вылущение бартолиниевой железы принадлежит к числу так называемых мел-



Рис. 71. Вылущение кисты бартолиниевой железы. Сделан продольный разрез кожи большой губы снаружи от малой губы. Разрез доведен до капсулы кисты. Края разреза разошлись.

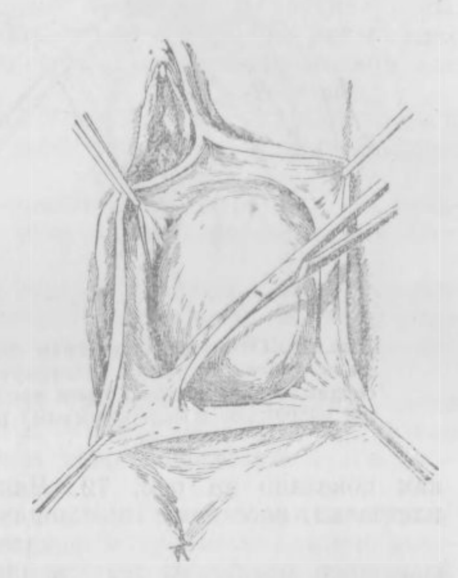


Рис. 72. Края кожного разреза захвачены и растянуты клеммами. Соединительнотканные тяжи капсулы рассекаются ножницами.

ких или «л е г к и х» гинекологических операций и поэтому к ней можно подойти упрощенно — можно оперировать с одним помощником и т. д. Этот взгляд неправилен. Мы встречали случаи сепсиса (смертельного) после этой операции, а однажды наблюдали ранение прямой кишки с образованием в дальнейшем калового свища.

«М е л к и х» операций не существует, и операция вылущения кисты должна быть обставлена, как и всякая другая влагалищная операция.

Обычно делается разрез снаружи от малой губы (рис. 71). Разрез кнутри от малой губы не всегда выгоден, так как в этом месте слизистая (кожа) входа во влагалище бывает настолько истончена, что при этом можно надрезать капсулу кисты. Разрез нужно провести до клетчатки, окутывающей кисту. При правильном разрезе края кожной раны расходятся не менее, чем на полсантиметра.

Вылущение железы (кисты) производится преимущественно острым путем при одновременном отодвигании надсеченной клетчатки

марлевыми салфетками. Для удобства нужно захватить края разреза пеанами, а опухоль подвинуть в рану со стороны влагалища,

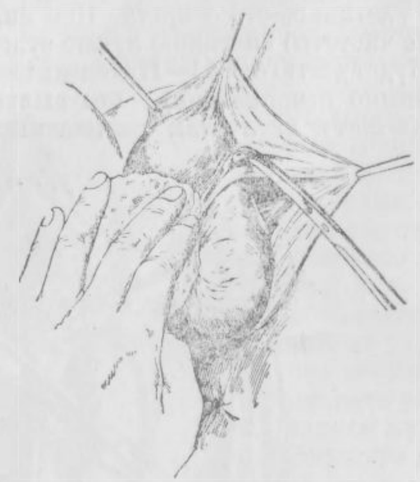


Рис. 73. Отчасти вылущенная опухоль оттянута рукой. Натянутые соединительнотканные тяжи капсулы рассекаются куперовскими ножницами.

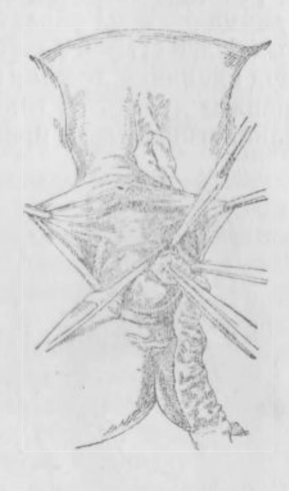


Рис. 74. Случайно вскрытая во время операции киста бартолиниевой железы туго выполняется марлей.

как показано на рис. 72. Напрягающиеся при этом волокна клетчатки рассекают ножницами (рис. 72 и 73). Постепенно, надсекая клетчатку и отодвигая ткань марлей, удается выделить целиком всю кисту. Вылущение кисты требует от хирурга осторожности и, главное, терпения. Малейшее нетерпеливое движение — и киста разрывается, что до некоторой степени замедляет операцию и загрязняет операционную рану содержимым кисты, особенно если киста разорвется в самом начале операции. В случае разрыва стенки кисты мы рекомендуем следующий прием, облегчающий в дальнейшем операцию. Нужно туго выполнить через образовавшееся отверстие всю полость кисты длинной марлевой полоской (рис. 74) и зашить двумя швами отверстие в кисте, прихватив швом и марлю. Благодаря этому приему дальнейшее вылущение можно продолжать без особых затруднений.



Рис. 75. Ложе опухоли зашито рядом узловых погружных и поверхностных кожных швов.

При вылущении кисты нужно иметь в виду, что на нижне-заднем полюсе ее находится сама железа (или остаток железы). Железу обязательно нужно удалить.

При вылущении кисты выводного протока железы и самой железы обычно наблюдается значительное кровотечение, которое необходимо тщательно остановить. Кровоточащие артериальные веточки нужно захватить и перевязать, венозное кровотечение остановить путем наложения погружных кетгутовых швов. Швами нужно постепенно закрыть все ложе кисты (рис. 75). После того как наложены погружные швы, нужно снять пеаны, которыми были захвачены края разреза, так как они растягивают кожу и таким образом создают превратное впечатление о величине и глубине раны. После снятия пеанов кожа ретрагируется, и размеры раны сразу уменьшаются. Края кожной раны соединяются тонким шелком или скобками Мишеля.

Наиболее частые осложнения при этой операции — разрыв стенки кисты (см. выше) и значительное, но не опасное, кровотечение.

Чем осторожнее и терпеливее производится операция, тем меньше кровотечение и тем меньше возможностей поранить венозное сплетение (bulbus vestibuli).

В послеоперационный период нередко наблюдается на оперированной стороне отек вульвы, который постепенно в течение нескольких дней проходит. Швы снимают обычно на 6-й день после операции.

Диэта (пищевой режим) после операции вылущения кисты бартолиниевой железы должна быть обычная (общий стол); только в зависимости от характера наркоза может понадобиться в первые 2 дня после операции щадящая диэта.

На второй день после операции и в последующие дни можно назначать обыкновенную очистительную клизму. После каждого мочеиспускания и дефекации больную следует тщательно подмывать.

Образец описания операции вылущения кисты бартолиниевой железы (enucleatio cystis glandulae Bartholinii)

1. Показания к операции. Наличие опухоли, деформирующей вход во влагалище и затрудняющей половую жизнь; чувство неловкости в половой щели.

2. Наркоз. Общий эфирный (40 см³); продолжительность наркоза — 40 минут. Наркоз протекал без осложнений.

3. Операция. Кожа внутренней поверхности бедер и промежности, вульва и влагалище дезинфицированы спиртом и иодом. Сделан продольный разрез кожи над опухолью, снаружи от малой губы, длиной 5—6 см. Опухоль выделена отчасти острым (скальпелем и ножницами) и отчасти тупым путем. При выделении опухоли обращало на себя внимание и несколько затрудняло операцию значительное венозное кровотечение вследствие варикозного расширения вен. Кровотечение остановлено. Ложе кисты зашито рядом погружных кетгутовых швов, полностью остановивших кровотечение. Края кожной раны соединены пятью узловатыми шелковыми швами.

Продолжительность операции — 30 минут.

Хирург (фамилия), ассистент (фамилия), операционная сестра (фамилия), наркотизатор (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание препарата. Удаленное образование представляет собой кисту величиной с небольшое куриное яйцо, выполненную густым слизисто-гнойным содержимым.

б) Опорожнение абсцесса бартолиниевой железы

Абсцесс (вернее, псевдоабсцесс) бартолиниевой железы следует широко вскрыть (под хлорэтиловой анестезией) разрезом, проводимым параллельно малой губе (снаружи или кнутри от последней). Ограничиваться лишь инцизией не следует, так как инцизионное отверстие легко закрывается. Вскрытый абсцесс нужно дренировать и ежедневно промывать полость дезинфицирующим раствором (перекисью водорода, раствором риванола 1 : 1 000, аммаргеном 1 : 20 000). При рецидивирующем воспалении железы показана экстирпация ее (в холодный период).

в) Удаление остроконечных кондилом

Мелкие кондиломатозные (папиллярные разрастания) проще всего состричь у основания куперовскими ножницами и соскоблить острой кюреткой, после чего прижечь иодной настойкой или, еще лучше, пакеленом (каленым железом).

При значительной величине разрастаний, имеющих ножку, опухоль удаляют ножницами или скальпелем на месте перехода опухоли в кожу, а на кровоточащую кожную рану накладывают шелковые узловатые лигатуры или металлические скобки Мишеля.

Так же поступают, если папиллярные разрастания развиваются во влагалище или на portio vaginalis. Во влагалище можно шить кетгутом.

г) Рассечение девственной плевы (Discisio hymenis)

При чрезмерной ригидности девственной плевы, затрудняющей или делающей вовсе невозможным половой акт, приходится иногда прибегать к рассечению. Прежде чем приступить к оперативному лечению, нужно в каждом случае основательно изучить причину невозможности coitus, так как сравнительно часто невозможность сношения зависит не столько от ригидности плевы, сколько от спазматических сокращений мышц тазового дна и резкой болезненности при попытке к сношению у женщин истерических или у женщин с повышенной нервной возбудимостью. Во многих случаях невозможность совершить половой акт и вагинизм (болезненное сокращение мышц) зависит от неудачных попыток к сношению с импотентным или недостаточно потентным мужчиной. В последнем случае нужно, наряду с лечением женщины, воздействовать и на состояние мужчины.

Как бы то ни было, рассечение девственной плевы, увеличивая вход во влагалище, в то же время оказывает благоприятное психологическое воздействие на женщину и мужчину и во многих случаях создает полную возможность нормальной половой жизни и беременности.

Операция рассечения девственной плевы заключается в следующем. Дается обычно общий эфирный наркоз (весьма кратковременный), так как операция производится в большинстве случаев у нервных особ. Можно, впрочем, с успехом выполнить операцию и под инфильтрационной анестезией.

В нижне-наружном (слева) отделе плевы делают разрез, как показано на рис. 76. Разрез должен доходить до основания hymen. Под наркозом можно предварительно основательно растянуть гименальное отверстие. После разреза края раны растягивают и тонким кетгутом накладывают швы в поперечном направлении (рис. 77). Недостаток шелковых лигатур в данном случае заключается в том, что шелковые швы нужно на 6-й день снимать, что воспринимается нервными особами как «серьезная» манипуляция, а кетгутовые швы отходят сами.

В послеоперационный период больные не нуждаются в особой диэте и специальном уходе, кроме обычных гигиенических подмываний и заботы о правильной функции мочевого пузыря и кишечника. Субъективно хорошо действует на больных и предохраняет рану от мацерации смазывание входа во влагалище стерильным вазелиновым маслом.

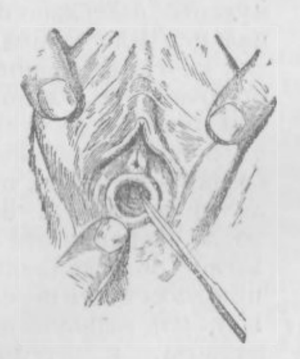


Рис. 76. Девственная плева рассекается в поперечном направлении.



Рис. 77. Растянутые в продольном направлении края разреза девственной плевы сшиваются отдельными лигатурами.

д) Рассечение перегородки при vagina septa (Discisio septi vaginae)

Влагалище может быть разделено перегородкой на всем протяжении от входа до сводов (vagina septa) или на некотором протяжении (vagina subsepta). Во многих случаях наличие перегородки не мешает ни половой жизни, ни беременности, ни родам и обнаруживается случайно. В тех случаях, когда перегородка представляет собой препятствие для функции влагалища, она должна быть рассечена, а избыток ткани удален.

Для рассечения перегородки обе половины влагалища должны быть растянуты зеркалами таким образом, чтобы перегородка была видна и несколько напряжена. Ввиду того, что ткань перегородки после перерезки быстро ретрагируется (сокращается), нужно рассекать перегородку (ножницами), несколько отступя от места пере-

хода перегородки во влагалище. Края раны, образующейся после рассечения, должны быть тщательно обшиты отдельными кетгутовыми швами (рис. 78). Если перегородка велика и после рассечения выдается в виде гребня в просвет влагалища и в вульву, то избыток должен быть удален ножницами. При удалении перегородки нужно разрез проводить, отступя на расстояние не менее 1 см от передней стенки влагалища, чтобы нечаянно не поранить уретры.

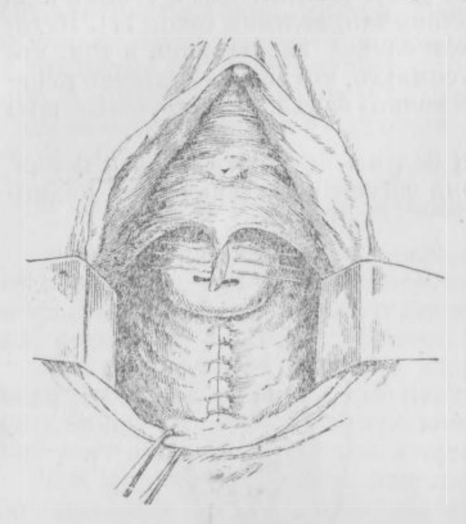


Рис. 78. Влагалищная перегородка рассечена в продольном направлении — от входа во влагалище до заднего свода. Края разреза сзади соединены узловыми швами. Края разреза спереди еще не зашиты.

Перед выпиской больную нужно обязательно исследовать пальцем или зеркалами, так как иногда (особенно при недостаточно тщательном обшивании краев) может наблюдаться частичное слипание передней стенки влагалища с задней по линии швов. На 6—8-й день после операции эти спайки еще легко разъединяются. Операция рассечения перегородки может быть выполнена без общего наркоза; в переднем отделе (у входа во влагалище) можно применить местную анестезию.

е) Операция по поводу haematocolpos

При атрезии влагалища может образоваться после наступления половой зрелости скопление менструальной крови (haematocolpos) выше атрезированного участка. Иногда haematocolpos образуется вследствие того, что атрезируется гименальное отверстие (atresia vaginae hymenalis). В последнем случае кровяной мешок выпячивается в половую щель, и достаточно бывает простой инцизии, чтобы скопившаяся темнокоричневая жидкость, представляющая собой смесь старой крови и слизи, вытекла наружу. Иногда наблюдаются, однако, случаи повторного слипания краев разреза девственной плевы с образованием повторного гематокольпоса. Тем более могут вновь слипнуться (срастись) края разреза в случае атрезии влагалища выше hymen.

Для того, чтобы не наступило рецидива, необходимо восстановить непрерывность слизистой оболочки влагалища на всем его протяжении.

Операция производится следующим образом.

Если гематокольпос выпячивается в половую щель, то очень легко сделать поперечный разрез по наиболее выдающейся поверхности мешка. После опорожнения скопления крови можно куперовскими ножницами вырезать из верхнего и нижнего края разреза-

ного hymen по полулунному участку и затем тщательно циркулярно обшить края разреза тонкими кетгутовыми швами. Соединение краев следует производить тщательно, так как в противном случае заживление per secundam может быть причиной рубцового сужения входа во влагалище. Несколько сложнее операция, если атрезированный участок влагалища расположен выше входа во влагалище. Прежде всего нужно крючками (или пальцами) раскрыть влагалище, чтобы подойти к нижнему полюсу гематокольпоса. Затем нужно двумя зажимами Кохера захватить начало и конец предполагаемого поперечного разреза. Разрез стенки влагалища (вернее, свода, образовавшегося вследствие атрезии) нужно производить осторожно между кохерами, чтобы не поранить спереди мочеиспускательный канал, а сзади — прямую кишку. Через незначительный слой клетчатки или рубцовой ткани можно легко подойти к самой стенке гематокольпоса, представляющей собой ничто иное, как стенку влагалища в месте атрезии. Ввиду того, что нижний полюс гематокольпоса напряжен и даже несколько выбухает, нетрудно сделать ножом инцизию. Для лучшей ориентировки можно сделать пункцию и, не вынимая иглы, сделать инцизию. После инцизии начинает вытекать содержимое гематокольпоса. Жидкость нужно выпускать медленно, особенно если одновременно с гематокольпосом имеется и гематометра, и гематосальпинкс (т. е. скопление крови в полости матки и в трубах), чтобы растянутые содержимым органы могли постепенно ретрагироваться (сократиться). Из этих соображений не следует сразу увеличивать инцизионное отверстие. После того как вытечет значительное количество жидкости, нужно захватить кохерами верхний и нижний края отверстия (т. е. края влагалища выше атрезированного участка). При помощи ножниц или ножа отверстие расширяют в поперечном направлении и затем края влагалища соединяют отдельными кетгутовыми лигатурами циркулярно. Таким образом восстанавливается проходимость влагалищной трубки и непрерывность стенки влагалища (рис. 79 и 80).

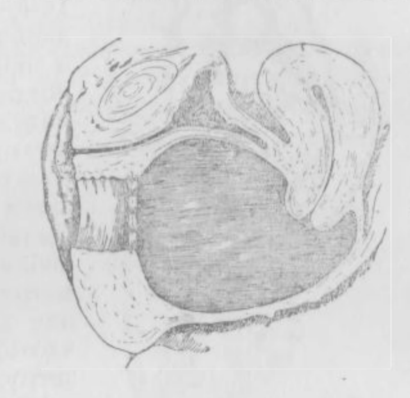


Рис. 79. Атрезия влагалища, haematocolpos (вид в профиль).

Вытекание содержимого гематокольпоса продолжается понемногу еще и после операции, даже в течение нескольких дней. Поэтому нельзя тотчас после операции вводить во влагалище никаких тампонов, которые, с одной стороны, задерживают отток жидкости, а с другой, — являются источником и проводниками инфекции. Через несколько дней после операции (на 5—6-й) полезно сделать внутреннее исследование пальцем или осмотреть при помощи небольших зеркал состояние швов, а главное убедиться в том, что в месте наложения швов не произошло слипания передней и задней стенок

влагалища. Если слипание имеется, то его очень легко нарушить, а для предотвращения повторного слипания нужно ввести марлевый тампон, пропитанный стерильным вазелиновым маслом. Тампон нужно ежедневно сменять, пока не произойдет полного заживления (эпителизации) на линии швов.

Тотчас после операции полезно назначить пузырь со льдом на низ живота (особенно при одновременной гематометре). Послеоперационный уход сводится, главным образом, к заботе о правильном отправлении функции мочевого пузыря и кишечника. На 8-й день после операции можно разрешить больной вставать, а на 10-й — выписать. Желательно перед выпиской осмотреть влагалище зеркалами и повторить осмотр через 1—2 месяца после операции. Нам неоднократно приходилось встречать больных, которые, перенеся в юности операцию по поводу гематокольпоса, регулярно и безболезненно затем менструировали, а к врачу обращались уже после выхода замуж с жалобами на затрудненность coitus. При осмотре обнаруживалась стриктура (сужение влагалища, имевшего вид песочных часов). В одном случае сношение не было затруднено, но стриктура явилась показанием к кесарскому сечению.

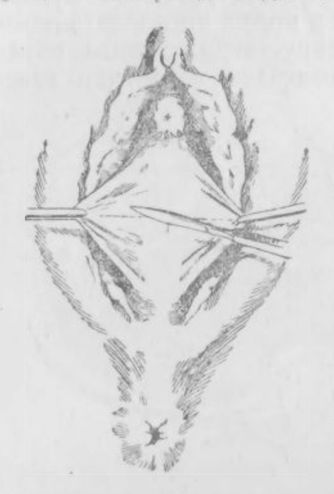


Рис. 80. Атрезия влагалища. Поперечный разрез перегородки между передним отрезком влагалища и гематокольпосом.

Наблюдением в течение некоторого времени после операции можно своевременно предупредить ряд тяжелых расстройств в дальнейшей жизни женщины.

Основные моменты операции при гематокольпосе: 1) поперечный разрез стенки влагалища на нижней границе атрезии, 2) пункция и инцизия стенки гематокольпоса, т. е. стенки влагалища на верхней границе атрезии, 3) медленное выпускание содержимого гематокольпоса, 4) расширение инцизионного отверстия, 5) соединение узловатыми кетгутовыми швами краев верхнего и нижнего отрезков влагалища.

Образец описания операции по поводу гематокольпоса (colpostomia)

1. Показания к операции. Боли внизу живота, периодически резко усиливающиеся; аменоррея, наличие тугоэластичной опухоли.

2. Наркоз. Внутривенно гексенал (1,0) в виде 10% раствора; продолжительность наркоза — 30 минут. В начале наркоза наблюдался незначительный тремор нижних конечностей.

3. Операция. Кожа на внутренней поверхности бедер, промежность, вульва и влагалище дезинфицированы спиртом и иодом. Нижний отрезок влагалища от входа до атрезированного участка имеет в длину 2—3 см. Сделан поперечный разрез стенки влагалища на протяжении 3—4 см в глубине нижнего отдела влагалища; после рассечения ножницами рубцовой ткани в участке атрезии сделана пункция гематокольпоса и, как только показалась темнокоричневая жидкость, сделана скальпелем инцизия. Тягучая темнокоричневая жидкость потекла непрерывной струей. После того как вытекание жидкости уменьшилось, в инцизионное отверстие введен корнцанг, которым отверстие несколько расширено. Края инцизионного отверстия захвачены кохерами; при помощи ножниц отверстие увеличено в

поперечном направлении с обеих сторон. Края верхнего и нижнего отрезков влагалища соединены рядом узловатых кетгутовых швов. Продолжительность операции—30 минут. Хирург (фамилия), ассистент (фамилия), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

2. ЗОНДИРОВАНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ

а) Зондирование

Зондирование матки является небольшим вмешательством, которое тем не менее должно быть выполнено с большой осторожностью и с соблюдением правил асептики и антисептики.

Зондирование применяется либо как самостоятельное вмешательство с диагностической целью, либо как предварительный способ ознакомления с полостью матки перед операцией выскабливания.

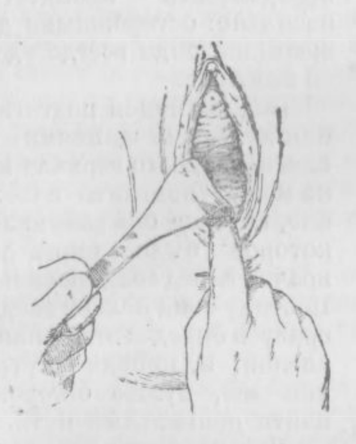


Рис. 81. Введение заднего зеркала. Пальцами левой руки раздвигается половая щель. Заднее зеркало вводится в косом размере половой щели.



Рис. 82. Введение переднего зеркала. Заднее зеркало введено и оттягивает промежность и заднюю стенку влагалища кзади. Переднее зеркало вводится в косом размере, причем конец переднего зеркала скользит по вогнутой поверхности заднего зеркала.

Перед зондированием следует проспринцевать влагалище дезинфицирующим раствором, протереть его спиртом и смазать иодной настойкой; желательно обработать и кожу промежности и вульву. Само собой понятно, что волосы в области половых органов должны быть сбриты. При наличии гнойных выделений или подозрений на гонорею зондирование противопоказано.

Женщина должна быть уложена на гинекологическом кресле.

При помощи влагалищных зеркал обнаруживают влагалищную часть шейки матки. Сначала вводят заднее зеркало, как показано на рис. 81, а затем, оттянув заднюю стенку влагалища и промежность

кзади, вводят переднее зеркало (подъемник) (рис. 82). После того как в зеркалах устанавливается portio vaginalis ее фиксируют пулевыми щипцами, захватывающими переднюю губу. Когда portio vaginalis захвачена щипцами, переднее зеркало следует вынуть. При помощи плейферовского зонда цервикальный канал протирают спиртом, после чего можно ввести зонд. Заднее зеркало держит помощник, а пулевые щипцы должно удерживать лицо (врач), производящее зондирование. Зонд нельзя держать грубо, всей кистью, его следует взять между большим, указательным и средними пальцами (рис. 83) и легко, без насилия, ввести в цервикальный канал. Нередко зонд встречает препятствие в области внутреннего зева. Никогда не следует преодолевать препятствие насильно: осторожными движениями зонда всегда удается найти зев.



Рис. 83. Зондирование матки. Шейка обнажена зеркалами и захвачена пулевыми щипцами, после чего переднее зеркало удалено. Зонд захвачен концами пальцев и вводится в матку «легко», без насилия.

Под влиянием подтягивания пулевыми щипцами и давления заднего зеркала матка может изменить положение, которое она занимала и которое было определено врачом перед зондированием. Поэтому зонд нельзя вводить сразу в определенном направлении, а, пройдя внутренний зев, нужно осторожно найти правильный путь.

При помощи зонда определяется длина полости матки от наружного зева до дна, а в неясных случаях — положение матки. Кроме того, при помощи зонда можно получить представление о величине полости матки и характере внутренней поверхности последней.

После зондирования больная должна лежать часа два. Если больная жалуется на боли, нужно положить на низ живота мешок со льдом. Никогда не следует зондировать в амбулаторной обстановке.

б) Выскабливание полости матки (Abrasio cavi uteri)

Операция выскабливания полости матки производится: 1) с диагностической целью, 2) с терапевтической целью в гинекологических случаях, 3) при неполном выкидыше и 4) с целью прерывания беременности (по медицинским показаниям).

По какому бы поводу ни производилась операция выскабливания полости матки, основные приемы (техника) и принципы операции

остаются одинаковыми, изменяются лишь детали операции в зависимости от особенностей случая.

Выскабливание с диагностической целью (abrasio cavi uteri explorativa) является чрезвычайно распространенной операцией в гинекологии. Большей частью пробное выскабливание применяется для выяснения причины (этиологии) маточных кровотечений. Диагностическое значение выскабливания огромно. Нередко лишь результат микроскопического исследования соскоба дает возможность поставить точный диагноз. Достаточно указать на то, что в основе ряда гипер и полименоррей лежит эндометрит или гипотония матки на почве задержавшихся остатков плодного яйца или отпадающей оболочки (плацентарный или децидуальный полипы). Только путем выскабливания (в обычных условиях больничной работы) можно исключить наличие полипа слизистой оболочки матки, небольших подслизистых (субмукозных) фибромиом и, наконец, злокачественных опухолей (рака, саркомы и др.).

Пробное выскабливание противопоказано при наличии гнойных выделений и гнойном кольпите, при наличии или подозрении на свежую гонорею или при наличии воспалительных изменений недавнего происхождения (экссудата, инфильтрата) в брюшине малого таза, придатках матки или в околоматочной брюшине. Путем тщательного обследования больной можно получить исчерпывающие данные о характере и давности воспалительных изменений.

Перед выскабливанием — по какому бы поводу ни производилась операция — следует опорожнить кишечник (при помощи клизмы или слабительного), а непосредственно перед операцией предложить больной помочиться.

Кожа промежности, вульва и влагалище должны быть продезинфицированы спиртом и иодной настойкой. Само собой разумеется, что волосы на половых частях должны быть сбриты.

Перед операцией (за полчаса) больной вводят под кожу 1 см^3 1% раствора солянокислого морфина или 2% пантопона. Нервным больным можно дать неглубокий эфирный наркоз.

Техника операции. Прежде чем приступать к собственно операции, следует произвести зондирование матки (см. выше). После зондирования приступают к расширению цервикального канала и внутреннего зева при помощи расширителей Гегара (рис. 3). Диаметр металлических расширителей увеличивается с каждым номером на 0,5—1 мм. Диаметр самого большого расширителя (№ 29) равен 2,4 см. Более удобны расширители «половинные», т. е. те, которые постепенно утолщаются на 0,5 мм. Для пробного выскабливания достаточно расширить цервикальный канал до № 8—9.

Расширение производится следующим образом. Хирург левой рукой держит пулевые щипцы, которыми фиксируется шейка матки; вытягивать матку ко входу во влагалище не следует. Обыкновенно захватывают переднюю губу наружного зева двумя пулевыми щипцами на расстоянии 1 см друг от друга. Помощник держит заднее зеркало. Правой рукой хирург берет расширитель, как показано на рис. 84 и 85. Никогда не следует касаться руками той части инстру-

мента (расширителя, зонда, кюретки и др.), которая должна попасть в полость матки. Равным образом не следует касаться инструментами кожи промежности или вульвы (хотя бы и тщательно дезинфицированной). Инструмент (зонд, расширитель, кюретки) должен быть направлен непосредственно в наружный зев. В зависимости от положения матки, установленного внутренним исследованием и проверенного зондированием во время операции, расширитель вводят в соответствующем направлении (рис. 84 и 85). Расширение начинают

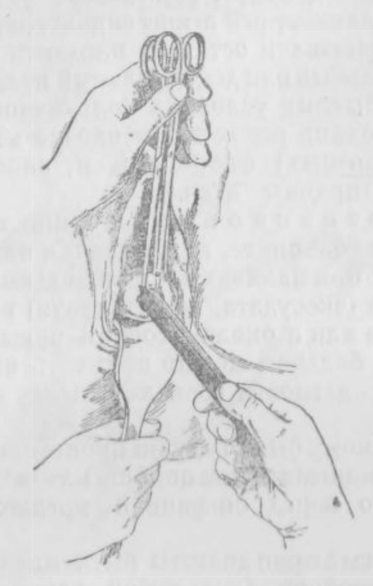


Рис. 84. Расширение цервикального канала при положении матки в anteversio-flexio. Пулевые щипцы фиксируют переднюю губу, не проникая в цервикальный канал. Расширитель захвачен правой рукой акушера за конец (за рукоятку) и передний конец расширителя обращен кпереди. Пулевые щипцы придерживаются левой рукой акушера.



Рис. 85. Расширение цервикального канала при положении матки в retroversio-flexio. Расширитель захвачен правой рукой акушера за рукоятку. Передний конец расширителя обращен кзади.

с малых номеров, доводя постепенно до желательного размера. Расширение надо производить осторожно, без чрезмерного насилия, причем расширитель нужно продвигать силой кисти, а не всей рукой. Применение грубой силы опасно. В лучшем случае срываются пулевые щипцы (особенно у нерожавших женщин), а в худшем — травмируется матка в области внутреннего зева или прободается стенка матки, что является весьма неприятным и опасным осложнением (см. ниже). Введенный расширитель не следует продвигать до дна матки, а достаточно лишь завести его за внутренний зев. Расширитель нужно оставить в канале шейки в течение одной или пол-

минуты и тотчас после извлечения ввести следующий номер. Использованный расширитель не следует сразу выбрасывать, так как его приходится иногда повторно ввести, если следующий номер не проходит. Обычно повторное введение расширителя в достаточной степени подготавливает путь для следующего номера.

Иногда бывает необходимо фиксировать пулевыми щипцами и заднюю губу. В этом случае передние пулевые щипцы передаются помощнику, который держит их в левой руке, а задние пулевые щипцы удерживает хирург.

После достаточного расширения приступают к собственно выскабливанию полости матки. Для выскабливания слу-

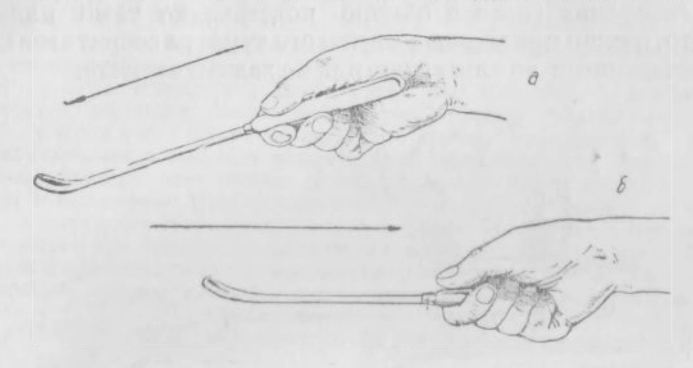


Рис. 86. Выскабливание передней стенки полости матки. Кюретка для введения в матку захватывается концами пальцев («в полукулак») и вводится легко, без нажима (*а*). При выведении (выскабливании) кюретка захватывается в кулак и петля энергично прижимается к стенке матки (*б*).

жат острые кюретки различной величины. Обычно для пробного выскабливания пользуются наименьшими кюретками, особенно в тех случаях, когда вследствие ригидности шейки расширение происходит болезненно и трудно.

Кюретку следует всегда держать «легко», не захватывая ее в кулак. При введении кюретки в направлении anteversio uteri или для получения соскоба с передней стенки матки кюретку вводят, как показано на рис. 86. При ретроверзии кюретку вводят, держа ее, как писчее перо (рис. 87). Введенную в полость матки кюретку нужно осторожно продвинуть до дна матки. Выведение кюретки можно производить смело, нажимая петлей на слизистую оболочку матки. Для того чтобы перевести кюретку с передней стенки матки на заднюю, не обязательно извлекать кюретку и вновь ее вводить в полость — ее можно осторожно повернуть на 180° и в полости матки.

При всяком выскабливании и особенно при пробном выскабливании нужно соблюдать определенную систему, порядок, для того чтобы обойти кюреткой всю внутреннюю поверхность матки. Сначала обходят переднюю стенку, затем переходят на заднюю, далее — на боковые стенки и углы матки.

При помощи кюретки можно получить представление и о характере поверхности полости матки — ее бугристости, шероховатости и т. п.

При наличии плотных выпячиваний, свидетельствующих, большей частью, о субмукозных миоматозных узлах, нужно действовать сугубо осторожно, чтобы не нарушить кюреткой капсулы узла. Если первые же соскобы имеют вид хрупких, крошковатых масс, характерных для распадающейся раковой ткани, то для микроскопической диагностики достаточно нескольких кусочков ткани, и выскабливание можно прекратить. Особую осторожность при выскабливании нужно соблюдать при подозрении на рак тела матки у старух.

Соскоб удаляют из полости матки при помощи кюретки, которую, однако, ни в коем случае не следует при каждом движении к выходу из матки извлекать наружу.

Для собирания соскоба обычно подставляют тазик или лоток; кроме того, нужно при помощи марлевого тупфера собрать все кусочки ткани, остающиеся во влагалище или на заднем зеркале.

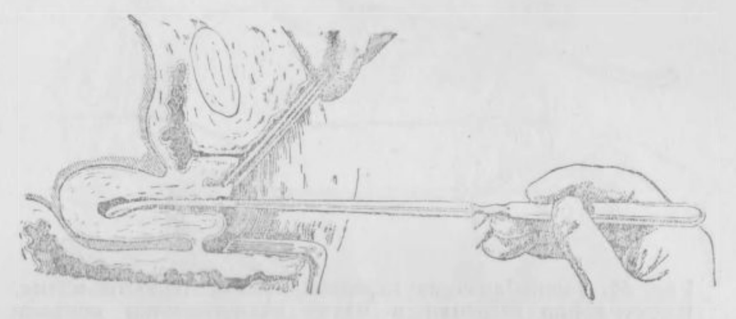


Рис. 87. Выскабливание полости матки. Выскабливается задняя стенка. Кюретка захвачена, как писчее перо. Петля кюретки обращена кзади.

После выскабливания влагалище освобождают от крови, снимают пулевые щипцы, смазывают уколы от пулевых щипцов иодной настойкой и извлекают заднее зеркало. Мы никогда не смазываем полость матки спиртом, иодом или другим каким-либо дезинфицирующим веществом, а равным образом никогда не тампонируем матку после выскабливания.

В течение первого дня после выскабливания желательно назначить холод на низ живота.

Если пробное выскабливание прошло без осложнений, то в послеоперационном периоде больные не нуждаются в особой диэте и уходе, а по прошествии полных 3 суток после выскабливания больные (если это нужно) могут быть выписаны.

Ни в коем случае не следует делать выскабливание в амбулаторной обстановке.

После операции нужно выбрать тупым пинцетом все выскобленные кусочки и в марле отправить их в лабораторию. Если лаборатория находится не в том же помещении, а тем более, если она находится в другом городе (или вообще на значительном расстоянии), то собранный соскоб следует завязать в марлю, чтобы не растерять, и опустить в банку с фиксирующей жидкостью (5—10% раствором форма-

лина, 96° алкоголем). В сопроводительной записке в лабораторию нужно указать: 1) фамилию и возраст больной, 2) откуда взяты кусочки для исследования (соскоб), 3) когда была последняя менструация (если больная еще менструирует), 4) предполагаемый клинический диагноз и 5) дату выскабливания.

Основные моменты операции пробного выскабливания: 1) дезинфекция кожи промежности, вульвы, влагалища и цервикального канала, 2) введение зеркал и обнажение portionis vaginalis, 3) фиксация влагалищной части пулевыми щипцами, 4) зондирование матки, 5) расширение цервикального канала, 6) выскабливание полости, 7) удаление пулевых щипцов и заднего зеркала.

Образец описания операции пробного выскабливания (abrasio cavi uteri explorativa)

1. Показания. Неправильные (ациклические) кровотечения с неясной этиологией.

2. Наркоз. Введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1% за 45 минут до операции; дан легкий эфирный наркоз (20—30 см³).

3. Операция. После дезинфекции кожи промежности, вульвы и влагалища спиртом и иодом и дезинфекции цервикального канала спиртом произведено зондирование матки. Длина полости матки равна 8 см, матка находится в retroversio. При зондировании обнаружено резкое сужение в области внутреннего зева, затруднившее введение зонда. Цервикальный канал расширен при помощи металлических расширителей Гегара до № 9.

Острой кюреткой сделано выскабливание полости матки. Обращает на себя внимание обилие соскоба, представляющего собой хрупкую, крошковатую массу (или, несмотря на энергичное выскабливание, соскоб получен скудный). Соскоб собран и направлен (в 5% растворе формалина) в лабораторию.

Хирург (фамилия), ассистент (фамилия), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

Терапевтическое выскабливание в гинекологии широко применяется. В случаях маточных кровотечений на почве расстройства функции яичников выскабливание дает, более чем в 50% случаев, длительный благоприятный эффект. Непосредственный кровоостанавливающий эффект в этих случаях зависит от энергичного сокращения матки, вызываемого выскабливанием. Возможно и рефлекторное влияние выскабливания на яичники. В случаях маточных кровотечений на почве metropathia haemorrhagica и при так называемых преклимактерических кровотечениях энергичное выскабливание обычно дает прекрасный непосредственный эффект в смысле остановки кровотечения и в ряде случаев может дать и длительный терапевтический результат. Не имеет смысла прибегать к повторным выскабливаниям, если эффект однократного энергичного выскабливания оказался неудовлетворительным. Во всяком случае выскабливание безусловно необходимо производить перед применением радикальных методов лечения (рентгено- или радиотерапия, удаление матки, резекция яичников).

Терапевтическое выскабливание совершенно противопоказано в случаях явно воспалительного происхождения и при подозрении на внематочную беременность.

Выскабливание с терапевтической целью следует делать энергично, до получения ощущения «хруста» (особого ощу-

щения, получаемого, когда эндометрий соскоблен до базального слоя).

Нужно, однако, иметь в виду, что энергичное выскабливание допустимо лишь в тех случаях, когда нет подозрения на злокачественный процесс в эндометрии. Поэтому при малейшем подозрении на рак тела матки следует ограничиться осторожным пробным выскабливанием. Энергичное выскабливание опасно и в тех случаях, когда во время операции обнаруживается наличие субмукозного миоматозного узла.

Соскоб, получаемый при терапевтическом выскабливании, нужно, как правило, исследовать. Таким образом, каждое терапевтическое выскабливание должно быть в то же время использовано и как диагностическое.

С технической стороны выскабливание с терапевтической целью ничем не отличается от пробного выскабливания, кроме того, что с терапевтической целью мы более энергично соскабливаем обычно патологически разросшийся функциональный слой эндометрия.

Выскабливание полости матки при неполном выкидыше. В принципиальном и техническом отношении выскабливание полости матки при неполном выкидыше значительно отличается от так называемого гинекологического выскабливания, т. е. от выскабливания при отсутствии беременности. Это зависит от ряда моментов. Во-первых, при неполном выкидыше цервикальный канал бывает в огромном большинстве случаев открыт в достаточной степени, чтобы пропустить кюретку средней величины. Во-вторых, матка значительно увеличена (соответственно сроку беременности) и стенки ее разрыхлены, причем наибольшее размягчение соответствует месту имплантации яйца (плацентарная площадка). В-третьих, части плодного яйца и децидуальная оболочка представляют собой массу, значительно превосходящую по размерам любой соскоб при гинекологическом выскабливании. В-четвертых, в большом числе случаев неполные выкидыши являются результатом попыток подпольного (криминального) прерывания беременности и поэтому все случаи неполного выкидыша, попадающие в стационар, нужно рассматривать как инфицированные. В-пятых, большое число выкидышей относится к так называемым «лихорадящим» абортам, т. е. к абортам, протекающим (вследствие инфекции) при высокой температуре.

В связи с упомянутыми условиями усложняется для врача обстановка при неполном выкидыше.

Прежде всего нужно выработать принципиальную линию поведения при лихорадящем аборте. Несмотря на накопившийся огромный материал и на дискуссию в литературе в течение нескольких десятилетий, вопрос о том, как вести септический выкидыш — консервативно или активно до сих пор не нашел единодушного разрешения. Если нет еще генерализации инфекции (септицемии, септикопиемии) и если инфекция, насколько можно судить по данным пальпации, еще не распространилась за пределы матки, можно действовать активно, т. е. удалять

содержимое матки (остатки плодного яйца и децидуальной оболочки). При наличии общесептического процесса или воспалительных изменений со стороны брюшины или клетчатки малого таза или же со стороны придатков следует вести случай консервативно и вмешиваться активно лишь по неотложным показаниям (угрожающее кровотечение). В некоторых случаях выскабливание можно применить после нескольких дней наблюдения и консервативного ведения случая, когда условия и характер заболевания выявляются с большей определенностью. Опыт лечения огромного числа неполных выкидышей (тысяч) убедил нас в правильности такой линии поведения.

Инструментальное опорожнение содержимого матки при выкидыше мы применяем только до 3 месяцев беременности. Позже следует предпочесть пальцевое отделение и удаление частей плодного яйца. Инструментальное вмешательство после 3 месяцев беременности допустимо лишь как контрольное после пальцевого удаления.

Ввиду того что часто неполный выкидыш, как уже говорилось, является результатом подпольного вмешательства, врач должен особенно осторожно производить выскабливание, ибо он может встретиться с травматическим повреждением матки (и даже перфорацией), имевшим место при криминальной попытке прервать беременность. Особую осторожность надо соблюдать при наличии явной инфекции (высокая температура), при которой наблюдается значительная рыхлость и ломкость стенки матки. Полезно еще до начала выскабливания ввести под кожу 1 см^3 питуикрина «Р», чтобы вызвать сокращение мускулатуры матки, что до некоторой степени облегчает дальнейшие манипуляции.

Хотя при выкидыше цервикальный канал бывает всегда расширен, все же никогда не следует приступать к выскабливанию (введению кюретки) без предварительного расширения цервикального канала расширителями Гегара. Это расширение бывает, впрочем, в большинстве случаев лишь контрольным, т. е. выясняющим степень уже существующего открытия.

Зондировать матку при выкидыше не рекомендуется, так как зондом можно легко перфорировать разрыхленную стенку матки.

Для удаления частей плодного яйца приходится, в отличие от гинекологического выскабливания, прибегать к помощи абортцанга или корнцанга. Нужно принять за правило не входить абортцангом (или корнцангом) далее внутреннего зева. Этими инструментами можно захватывать либо видимые либо поданные кюреткой ко внутреннему зеву части плодного яйца. Никогда не следует входить абортцангом в полость матки и там втемную искать и захватывать,— таким образом можно перфорировать матку и захватить корнцангом и сальник, и петлю кишки. Если перфорационное отверстие уже имеется, то абортцангом можно его еще больше увеличить.

При неполном выкидыше не рекомендуется пользоваться для выскабливания полости матки маленькими номерами кюреток, лучше всего пользоваться кюретками средней величины.

После выскабливания мы никогда не промываем полость матки дезинфицирующей жидкостью. Полное и правильное опорожнение

6*

полости матки — лучший способ хорошо сократить ее мускулатуру и тем самым предотвратить восхождение инфекции. Но никакое промывание не может быть эффективным, если матка полностью не опорожнена. Впрочем, при инфицированном выкидыше смазывание после выскабливания полости матки иодной настойкой рефлекторно вызывает хорошее сокращение матки.

Стремясь полностью опорожнить полость матки от остатков плодного яйца и отпадающей оболочки, никогда не следует впадать в крайность и «перескабливать», т. е. удалять и базальный слой эндометрия вместе с частью мышечной стенки. К сожалению, эта ошибка не так редко наблюдается. Никогда не следует по нескольку раз контролировать место, которое при выскабливании уже дало однажды ощущение скрипа, хруста («маточный звук» — «cri uterine»), так как при каждом контрольном движении соскабливается уже мышечная ткань матки.

После выскабливания больная должна лежать. Для лучшего сокращения матки полезно назначить холод (пузырь со льдом) на низ живота.

Подготовка больной и дезинфекция кожи промежности, вульвы и влагалища при неполном выкидыше производятся по общим правилам.

При неполном выкидыше почти никогда не приходится прибегать к наркозу.

Примерное описание операции см. выше (стр. 81)

Выскабливание полости матки с целью прерывания беременности (abortus artificialis). Искусственное прерывание беременности производится лишь по медицинским показаниям и допускается только с разрешения специальной комиссии в соответствии с существующими законоположениями.

Искусственное прерывание беременности путем выскабливания допускается лишь до 3 месяцев. Прерывать беременность позже 3 месяцев следует либо при помощи влагалищного кесарского сечения, либо путем так называемого абдоминального «малого кесарского сечения».

Операция искусственного аборта противопоказана при наличии гнойных выделений из влагалища или из цервикального канала, а также при наличии гонорройной инфекции. Операция допустима лишь после излечения гнойных выделений. Равным образом операция аборта противопоказана при всяком остром заболевании придатков матки.

Само собой разумеется, что перед операцией больную следует тщательно обследовать (как перед каждой операцией) и, в случае обнаружения гнойных очагов или общих инфекционных заболеваний (ангина, фурункулез, грипп, тиф и т. п.), операция должна быть отложена.

Кожа промежности, вульва, влагалище и цервикальный канал должны быть тщательно продезинфицированы (см. выше).

Непосредственно перед операцией должно быть произведено повторное внутреннее исследование для уточнения величины матки, ее положения и подвижности, состояния придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

После того как влагалищная часть матки фиксирована пулевыми щипцами, следует проверить положение матки при помощи зонда. Для этой цели может быть использован и расширитель Гегара № 1 (обычно начинают расширение с № 3—4). Непременным условием для успешного выполнения операции является достаточное расширение цервикального канала. Мы расширяем обыкновенно до № 11 при 7—8-недельной беременности и доводим расширение до № 13—14 при беременности сроком от 8 до 12 недель. Расширение нужно производить неспеша, с большим вниманием, причем каждый введенный расширитель должен некоторое время (0,5—1 минуту) оставаться в цервикальном канале). Особая осторожность необходима при расширении цервикального канала у нерожавшей женщины с ригидной шейкой.

Весьма удобны половинные расширители, пользуясь которыми можно мягче, бережнее расширить цервикальный канал и особенно внутренний зев. Во всяком случае не следует «перескакивать» через номер, даже если расширение идет легко. После расширения приступают к опорожнению матки при помощи прежде всего кюретки. Размер кюретки должен соответствовать степени расширения: введение слишком больших кюреток травмирует матку в области внутреннего зева. Нарушив кюреткой целость плодного яйца, следует постепенно выделить из полости матки часть яйца или, приблизив кюреткой части яйца к внутреннему зеву, осторожно захватить их абортцангом. Мы еще раз подчеркиваем опасность манипуляций абортцангом (корнцангом) в полости матки, особенно если они производятся начинающим малоопытным врачом. Когда плодное яйцо удалено, матка обычно сокращается, после чего полезно контрольно проверить ее полость, удалив остатки отпадающей (децидуальной) оболочки, причем нужно обратить внимание на трубные углы матки, в которых нередко остается часть отпадающей оболочки, что поддерживает в дальнейшем незначительное кровотечение.

Нужно стремиться к полному опорожнению матки, но в то же время полезно помнить правило, что лучше «не доскоблить», чем «перескоблить» матку.

Иногда во время операции искусственного аборта наблюдается сильное кровотечение, вызываемое неполным отделением плодного яйца. Выскабливание нужно продолжать до тех пор, пока не будет удалено все плодное яйцо. Если, несмотря на уверенность в том, что полость матки опорожнена, кровотечение все же продолжается, нужно прекратить бесполезное выскабливание и «отпустить» матку, т. е. прекратить чрезмерное влечение за пулевые щипцы. Нередко прекращение внутриматочных манипуляций способствует сокращению маточной мускулатуры и остановке кровотечения. Кроме того, нужно ввести под кожу 1 см^3 питуикрина «Р» или 1 см^3 эрготина.

Если в послеоперационном периоде кровотечение продолжается и на второй день после операции (в первый день более или менее обильное кровотечение является обычным), то лучше осторожно про-

верить кюреткой полость матки, стенка которой в это время становится уже значительно плотнее.

При производстве аборта (выскабливания) нужно обращать внимание на удаляемую из матки ткань (ворсинчатая ткань, части плода). Иногда это может предохранить от оставления в полости матки частей плодного яйца или от тяжелых повреждений органов, захваченных и извлеченных при перфорации матки (сальник, кишка).

При описании операции искусственного аборта нужно подробно указать все детали операции и все затруднения или осложнения, имевшие место во время операции.

Прободение матки при выскабливании (профилактика, лечение). Одним из наиболее опасных осложнений во время операции выскабливания полости матки является ее перфорация. Прободение матки при выскабливании наблюдается не только у молодых, малоопытных врачей, но и у самых опытных акушеров-гинекологов. Однако в огромном большинстве случаев перфорация, независимо от степени опытности врача, происходит в результате неосторожных или неправильных действий. Несомненно, способствующую роль в этиологии прободения матки могут иметь патологические изменения мышечной стенки матки, неправильное положение ее, нераспознанные перфорационные отверстия, сделанные до поступления больной в стационар, и т. п. Тем не менее строгий анализ каждого случая перфорации матки и особенно повреждения органов брюшной полости (мочевого пузыря, петель кишок и др.) обычно обнаруживает допущенный врачом неправильный шаг, ошибку, которые при достаточном внимании и настороженности могли бы быть предотвращены.

Перфорации матки могут быть неполными, или непроникающими через всю толщу стенки матки, и полными, или проникающими в брюшную полость.

При неполных перфорациях прободной ход останавливается у брюшины иди доходит до параметральной клетчатки. В последнем случае нередко образуется гематома в клетчатке вследствие ранения веточек (или ствола) a. uterinae. Прободение стенки матки до брюшины на участках, где последняя плотно покрывает матку, обычно протекает бессимптомно и во многих случаях, вероятно, остается даже незамеченным хирургом.

При сквозных, проникающих в брюшную полость перфорациях обычно опасно не кровотечение, а инфекция и, особенно, возможность поранения смежных органов.

Прободение можно сделать любым инструментом, но чаще все же перфорируют матку зондом или расширителями. Иногда прободение производится кюреткой. Тяжелые повреждения органов (кишок, мочевого пузыря), почти, как правило, производятся абортцангом или обыкновенным корнцангом при неправильном и грубом пользовании ими.

Во избежание прободения матки при выскабливании нужно соблюдать ряд правил, нарушение которых раньше или позже приводит к неудаче.

Во время операции врач всегда должен помнить, что выскабливание матки является серьезным вмешательством, при котором возможно осложнение в виде перфорации.

Никогда нельзя приступать к выскабливанию, не уточнив при помощи внутреннего исследования непосредственно перед операцией гинекологический статус и особенности случая. Первым инструментом, вводимым в полость матки — зондом или расширителем, следует осторожно проверить, не изменилось ли положение матки по сравнению с данными внутреннего исследования. Ни в коем случае нельзя применять грубую силу при введении инструментов (расширителей). Равным образом нельзя грубо манипулировать в полости матки кюреткой.

В неясных случаях полезно передать пулевые щипцы помощнику и освободившейся рукой контролировать выскабливание через брюшную стенку. Этот прием бывает особенно полезен при большой беременности, особенно, если операция производится под наркозом.

Не следует вводить дальше внутреннего зева абортцанг или корнцанг ивтемную манипулировать этими инструментами вполости матки.

Выскабливание при беременности в сроки более 3 месяцев особенно опасно. В редких случаях при поздних выкидышах допустимо выскабливание лишь в виде контроля после пальцевого удаления частей плодного яйца.

Необходимо внимательно осматривать и внешний вид ткани, удаляемой во время выскабливания (хорион, оболочки, части плода), и в случае малейшего сомнения прекратить выскабливание, пока не будет окончательно выяснено,что сомнительный кусочек является частью плодного яйца.Все манипуляции во время операции нужно делать неспеша,методически,не отвлекаясь посторонними разговорами.

Лечение при перфорации матки. Как только установлено, что сделано прободение, следует немедленно прекратить дальнейшее выскабливание. Попытка, во что бы то ни стало закончить выскабливание, несмотря на прободение матки, бессмысленна, ошибочна и может лишь ухудшить положение.

В случае несомненного прободения матки показано немедленное чревосечение. Мы не разделяем взгляда некоторых авторов, рекомендующих сначала выжидательно-консервативную терапию прободения, а чревосечение — в случае безуспешности консервативного лечения, или, другими словами, когда появятся признаки инфекции (перитонита). Такая тактика безусловно ненадежна и не обоснована. Мы ни разу не видели летального исхода после незамедлительного активного хирургического лечения перфораций, несмотря на то, что провели много операций по поводу перфораций, сделанных в разных учреждениях. Однако мы неоднократно наблюдали летальный исход, когда оперативное вмешательство запаздывало. Нельзя отрицать, что в некоторых случаях незначительных по размерам прободений зондом или небольшим расширителем можно обойтись и без чревосечения, но учесть и оценить эти случаи очень трудно, так как никогда нельзя быть уверенным в том, что повреждена только матка и что момент обнаружения перфорации совпадает с моментом, когда перфорация сделана.

Хотя риск при консервативном методе слишком велик, все же можно решиться на консервативное лечение (покой, холод) в случаях перфорации при гинекологических выскабливаниях. В других случаях и особенно при неполных выкидышах мы настаиваем на чревосечении.

После вскрытия брюшной полости нужно прежде всего детально осмотреть матку и выяснить место и характер прободения. При отсутствии инфекции всегда нужно стремиться сохранить матку. После тщательного ограждения брюшной полости марлевыми салфетками следует расширить (ножом) прободное отверстие, выскоблить кюреткой полость матки и протереть ее спиртом. Перфорационное отверстие нужно зашить рядом кетгутовых лигатур и заперитонизировать при помощи отдельных серозо-мышечных швов. Еще лучше использовать для перитонизации, если это возможно, круглую связку или брюшину мочевого пузыря.

Если имеется несколько прободных отверстий и тело матки значительно травматизировано, то надежнее удалить матку суправагинально. Равным образом показано удаление матки (обычно суправагинальное) в случаях явно инфицированных. Для спасения жизни никогда не следует останавливаться перед удалением матки.

В случаях прободения, идущего в клетчатку широкой связки матки и не проникающего в брюшную полость (это может быть с точностью установлено только после чревосечения), нужно разрезать брюшину широкой связки, удалить кровяные сгустки, найти кровоточащий сосуд и перевязать его, а перфорационное отверстие зашить отдельными кетгутовыми лигатурами.

Для того чтобы проникнуть в широкую связку, можно перерезать круглую связку, несколько отступя от угла матки. По окончании операции концы круглой связки сшивают, а отверстие в брюшине широкой связки закрывают.

Необходимо тщательно обследовать кишечник и мочевой пузырь и в случае поранения последних тщательно зашить повреждения (см. главу XVII).

Если во время операции выскабливания извлекается через перфорационное отверстие сальник, то его не следует ни в коем случае вправлять. Извлеченный участок сальника нужно, наоборот, захватить корнцангом и таким образом фиксировать его в прободном отверстии, которое как бы тампонируется сальником. По вскрытии брюшной полости сальник резецируют под ущемленным в перфорационном отверстии участком, после чего резецированный кусок сальника извлекают за корнцанг, которым он был захвачен, во влагалище. Полость матки и перфорационное отверстие обрабатывают, как указано выше.

3. ПУНКЦИЯ ЗАДНЕГО СВОДА И ДРЕНИРОВАНИЕ ДУГЛАСОВА КАРМАНА

а) Пункция заднего свода (Punctio fornicis posterioris)

Эта операция применяется либо с диагностической целью, либо с целью выяснить направление инцизии для дренирования дугласова кармана (excavatio recto-uterina).

Диагностическое значение пункции заднего свода весьма велико. К пункции большей частью прибегают с целью диагностики неясных случаев внематочной беременности. Хотя правильно выполненная пункция представляет собой совершенно безопасное вмешательство, тем не менее к нему нужно прибегать лишь как к вспомогательному методу, исчерпав все другие клинические, а если возможно, то и лабораторные методы исследования.

Перед пункцией больная должна быть надлежащим образом подготовлена: мочевой пузырь должен быть опорожнен; равным образом должен быть опорожнен при помощи клизмы и кишечник. В экстренных случаях некогда, конечно, ставить клизму и, главное, дожидаться ее действия, но как раз в экстренных случаях диагноз бывает обыкновенно ясен и без пункции.

Кожа промежности, вульва и влагалище должны быть тщательно продезинфицированы спиртом и иодом.

Пункция делается обыкновенно без наркоза. Только при чрезмерной нервности больных можно применить неглубокий общий (эфирный) наркоз. Мы пунктируем обыкновенно только через задний свод и не советуем производить пункцию боковых сводов, а тем более пунктировать высоко расположенные опухоли. Некоторые авторы прибегают к пункции и высоко расположенных опухолей и смело вводят иглу и в боковые своды. Эти авторы рекомендуют делать в подобных случаях пункцию под глубоким наркозом. Мы не разделяем таких взглядов на пункцию и полагаем, что пункция при всех обстоятельствах должна быть совершенно (или максимально) безопасной манипуляцией, а в тех случаях, когда для выполнения пункции нужен г л у б о к и й н а р к о з, лучше предпочесть пробное чревосечение, которое можно рассматривать как своего рода расширенную пункцию.

Техника пункции заключается в следующем. При помощи заднего зеркала и подъемника раскрывается влагалище и обнаруживается portio vaginalis. Некоторые советуют захватывать пулевыми щипцами заднюю губу маточного зева и потягиванием шейки к себе и кпереди, с одной стороны, и отдавливанием задней стенки влагалища задним зеркалом, с другой, растянуть задний свод. В целях наименьшей травматизации и, особенно, во избежание нарушения свежих спаек при потягивании шейки мы обыкновенно не пользуемся пулевыми щипцами, а поступаем, как показано на рис. 88, т. е. подводим длинный подъемник под влагалищную часть шейки матки. Таким образом удается с наименьшей травмой и более безболезненно хорошо обнаружить и растянуть задний свод.

Для пункции нужна длинная игла средней толщины. Слишком тонкая игла может оказаться непроходимой для свернувшейся крови, а слишком толстая — груба и чрезмерно травмирует ткань. Игла насаживается на 10-граммовый шприц, в котором поршень должен быть доведен до конца. Вкол должен быть сделан по возможности посредине заднего свода, отступя на 1—1,5 см от места перехода свода в portio vaginalis (рис. 88). Чтобы не попасть иглой в прямую кишку, нужно несколько опустить шприц кзади и в таком направлении продвигать иглу. Укол нужно сделать сразу, энергично —это

менее болезненно, чем длительное проталкивание иглы. Если позади матки, в дугласовом пространстве, имеется осумкованное скопление жидкости (haematocele, серозный или гнойный экссудат), то хирург, продвинув иглу сантиметра на два, получает ощущение «пустоты»,— игла, пройдя через свод, попадает как бы в пустое рыхлое пространство. В это время нужно потянуть к себе поршень шприца, придерживая место стыка шприца с иглой. Если в дугласовом кармане имеется жидкость, то она насасывается в шприц. Не всегда, впрочем, жидкость (кровь, гной) насасывается сразу. В этих случаях нужно «п о и с к а т ь» иглой, т. е. продвигать ее дальше или несколько в стороны, все время потягивая к себе поршень шприца. Если пор-

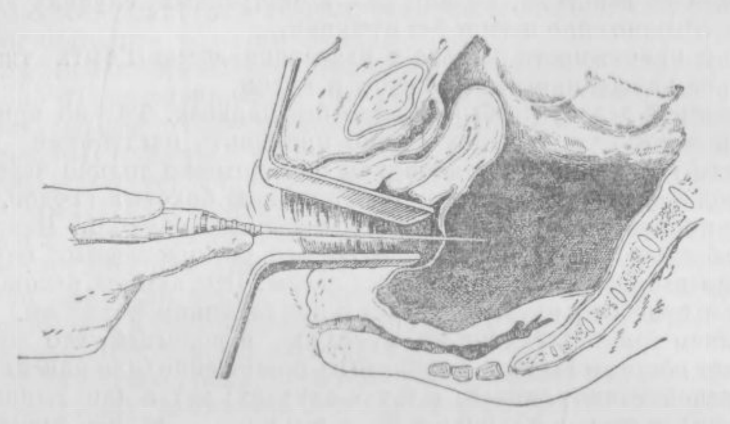


Рис. 88. Задним зеркалом и подъемником, заведенным под шейку матки, обнажен и напряжен задний свод. В дугласовом кармане скопление патологической жидкости. Иглой проколоты свод и брюшина заднего дугласа.

шень уже вытянут доотказа, нужно его снять, опустить поршень и снова надеть его на иглу.

Отсутствие жидкости (крови) в шприце, несмотря на поиски иглой, вовсе не говорит за то, что в дугласовом кармане нет крови. Нередко кровь свертывается и не попадает в шприц. Для того чтобы окончательно убедиться в отсутствии крови, нужно извлечь иглу и энергичным движением поршня выдуть из просвета иглы на кусочек марли все, что при пункции могло в нее попасть. Если игла попала в старую свернувшуюся кровь (в сгусток), то все же небольшие свертки попадают в иглу. Достаточно получить ничтожных размеров кровяной сгусток, чтобы притти к заключению о наличии излившейся в малый таз крови.

Некоторые советуют выдувать содержимое иглы не на марлю, а в стакан с чистой водой — сгустки падают на дно сосуда и ясно видны. Во всяком случае об отрицательном результате пункции можно говорить лишь после добросовестных и настойчивых поисков иглой.

Иногда в шприц насасывается некоторое количество свежей крови из укола. Свежую кровь можно всегда при пробе с марлей или с водой отличить от старой. После извлечения иглы место укола

нужно смазать иодной настойкой. Если пункцией доказано наличие внематочной беременности, то приступают к операции тотчас после пункции. Никогда не следует откладывать операцию на следующий день после пункции или, тем более, на несколько дней. При наличии гноя, или если при haematocele retrouterina решают вести случай при помощи дренирования заднего свода, следует тотчас после пункции приступить к задней кольпотомии и ввести дренажную трубку в дугласов карман (см. ниже).

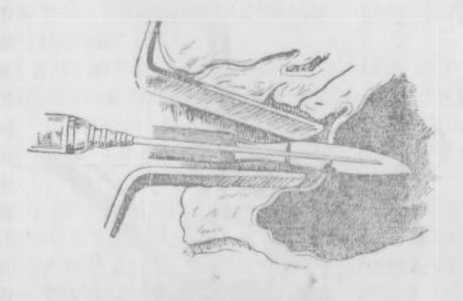


Рис. 89. Инцизия заднего свода.

б) Дренирование дугласова кармана (заднего свода).

Мы никогда не делаем в целях дренирования кольпотомию так, как это описано на стр. 58.

После того как сделана пункция и добыта патологическая жидкость, мы оставляем иглу в своде и по игле ножом делаем инцизию заднего свода, причем ставим нож острой стороной к шейке матки (рис. 89). В инцизионное отверстие вводится изогнутый корнцанг, которым тупо расширяют отверстие до тех пор, пока гной не потечет свободно и не образуется ход, который может пропустить резиновую дренажную трубку толщиной в палец (рис. 90).

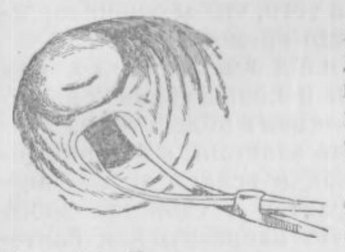


Рис. 90. Инцизионное отверстие в заднем своде и дугласовом кармане расширено при помощи изогнутого корнцанга.

Заранее приготовленную окончатую стерильную резиновую трубку захватывают корнцангом (рис. 91) и вводят через дренажное отверстие в заднем своде в полость гнойника или в заматочную кровяную опухоль (рис. 92). При извлечении корнцанга, при помощи которого была введена резиновая трубка, нужно другим корнцангом придержать трубку, чтобы она случайно не выскользнула вместе с корнцангом. Через одно из окон дренажной трубки

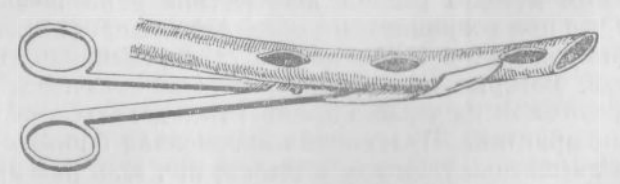


Рис. 91. Резиновая дренажная трубка с окнами захвачена изогнутыми корнцангами для введения в инцизионное отверстие.

нужно продеть длинную шелковую лигатуру или узкую марлевую полоску, за которую можно потянуть трубку (при надобности). Для

того чтобы резиновая трубка не выскользнула и не давила на стенки влагалища, нужно заложить между ней и стенками влагалища две марлевые салфетки.

Салфетки следует менять не менее одного раза в день, а резиновую трубку можно оставлять на 2—3 дня. Если трубка засаривается ранее этого срока, то ее можно сменить или промыть через катетер какой-нибудь дезинфицирующей жидкостью (например, раствором 1:1 000 риванола, раствором 1 : 20 000 аммаргена и т. п.), одновременно промывая и гнойную полость. Трубку нужно менять и вводить до тех пор, пока совершенно не прекратится отделение гноя. Если трубка плохо переносится больной, то ее можно удалить и раньше прекращения выделения гноя, но зато необходимо ежедневно расширять корнцангом инцизионное отверстие для того, чтобы оно не заросло прежде времени.

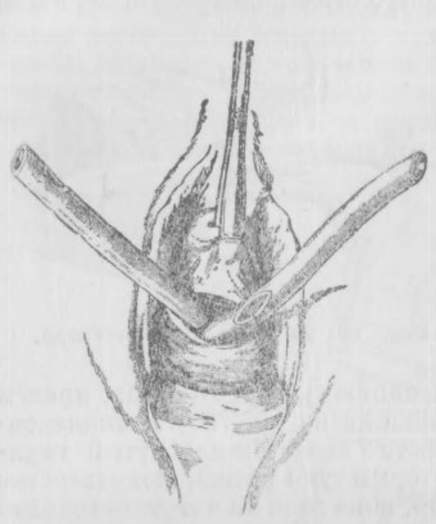


Рис. 92. Резиновые дренажные трубки введены в инцизионное отверстие.

О осложнениях при пункции и кольпотомии (см. выше). Пункция и кольпотомия должны быть записаны в истории болезни, как и всякая другая операция, причем должен быть указан характер и свойства добытой патологической жидкости. Гной следует направить для бактериологического исследования (при наличии возможности).

4. ОПЕРАЦИИ НА ШЕЙКЕ МАТКИ

а) Биопсия (Biopsia, excisio explorativa)

Биопсия является чрезвычайно ценным, а во многих случаях, и незаменимым методом ранней диагностики рака шейки матки. Ввиду того что при современном уровне знаний профилактика рака матки (шейки) сводится в основном к своевременному выявлению ранних форм, которые сравнительно хорошо поддаются лечению, то понятно, что биопсия должна применяться довольно часто в гинекологической практике. Правильно выполненная биопсия является безопасным вмешательством как в том случае, если рак при микроскопическом исследовании кусочка не обнаружен, так и в тех случаях, в которых диагносцируется рак. Во всяком случае опасность биопсии нельзя сравнить с выгодой от возможности ранней диагностики рака шейки матки.

Перед биопсией больная должна быть подготовлена, как перед всякой влагалищной операцией, причем мочевой пузырь и кишечник

должны быть опорожнены. Необходимо тщательно дезинфицировать кожу промежности, вульву и влагалище, а также и влагалищную часть матки и по возможности цервикальный канал.

Огромное значение имеет правильный выбор участка для биопсии: кусочек должен быть взят в наиболее подозрительном месте, причем таким образом, чтобы в него входила и ткань, макроскопически кажущаяся патологической, и участок макроскопически здоровой ткани в месте перехода в подозрительную.

Кусочек должен быть вырезан достаточно глубоко, чтобы в него попала и подлежащая ткань. Обыкновенно иссекают клиновидный кусочек. Если подозрительная эрозия захватывает обе губы наружного маточного зева, то следует вырезать кусочки из обеих губ.

Для взятия кусочка предложен специальный инструмент — «кусачки», на подобие конхотома, однако в практике для биопсии обычно пользуются скальпелем. После обычной дезинфекции влагалища обнажается зеркалами влагалищная часть шейки матки, которая захватывается двумя пулевыми щипцами таким образом, чтобы намеченный для биопсии кусочек находился между щипцами. Помощник держит одной рукой (правой) заднее зеркало, а другой — пулевые щипцы. Гинеколог намечает ножом место вырезки и, придерживая его пинцетом, иссекает требуемый кусочек ткани. Кусочек должен быть достаточной величины, чтобы под микроскопом можно было выявить все детали гистологического строения исследуемого участка. Обыкновенно рана после иссечения кусочка значительно кровоточит. Можно ограничиться тампонадой влагалища в течение 12—24 часов, после чего кровотечение обычно останавливается. Рациональнее зашить рану 2—3 кетгутовыми швами. Для наложения швов нужно брать небольшую, но прочную и крутую иглу и кетгут средней толщины. Если ткань шейки плотна (а это наблюдается почти всегда), лучше провести лигатуру «с выколом», т. е. сделать вкол с одной стороны, вывести иглу в рану и затем, извлекши иглу, вновь сделать вкол и выколоть иглу с другой стороны. Таким образом удается не травматизировать шейку и, кроме того, не ломать игол. Не рекомендуется делать биопсию амбулаторно, а после операции выписывать больных раньше 5—6-го дня, так как иногда наблюдается позднее кровотечение.

Вырезанный кусочек должен быть отмыт от крови и погружен в баночку (или пробирку) с 5% формалином или 96° спиртом.

В истории болезни и сопроводительной записке должен быть указан точно участок, из которого взят кусочек. Кроме того, в записке следует указать фамилию, имя, отчество и возраст больной, вкратце ее жалобы и предполагаемый клинический диагноз.

Больная, у которой был взят пробный кусочек, должна быть предупреждена, что она должна явиться за ответом. Если больная за ответом не приходит, то в случае обнаружения рака она должна быть вызвана.

Если диагноз рака подтверждается, необходимо позаботиться о том, чтобы лечение (операция или рентгенорадитерапия) было начато в кратчайший срок после биопсии.

б) Скарификация шейки

В некоторых случаях гипер- и полименорреи при наличии утолщенной, плотной (метритной) шейки, содержащей множество ovula Nabothii, или в случаях хронического эндоцервицита можно получить хороший терапевтический эффект от скарификации, которую повторяют несколько раз с перерывами в 1—2 месяца.

Скарификация производится следующим образом. Влагалище должно быть проспринцовано дезинфицирующим растворм (сулема, марганцовокислый калий) и протерто спиртом. Влагалищную часть обнажают зеркалами и захватывают (фиксируют, но не низводят) пулевыми щипцами и тщательно дезинфицируют иодной настойкой. Обыкновенным длинным и остроконечным скальпелем делают множество инцизий глубиной в 0,5—1 см в шейке матки вокруг наружного зева. При этом достигается некоторое кровопускание (не менее 1—2 столовых ложек крови) и опорожнение ретенционных кисточек шейки (ovula Nabothii). После скарификации не следует добиваться немедленной остановки кровотечения, которое через некоторое время после операции само по себе останавливается. Если кровотечение продолжается, можно затампонировать влагалище часов на шесть стерильным марлевым бинтом.

в) Клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки по типу операции Шредера (Amputatio portionis vaginalis cuneiformis)

При значительной гипертрофии и циррозе (соединительнотканном перерождении) шейки матки, особенно при множественных, деформирующих ее старых разрывах, женщины жалуются на постоянные бели и боли в области крестца. Консервативное лечение, применяемое иногда годами, не приводит к цели, так как слизистая оболочка цервикального канала вследствие деформации и зияния наружного зева постоянно раздражается влагалищными выделениями и усиленно сецернирует слизь. Под влиянием раздражения упорно держатся эрозии, окаймляющие наружный зев. В этих случаях не помогают никакие спринцевания и прижигания, а скарификация приносит лишь временное облегчение. С точки зрения механической теории происхождения рака такое состояние шейки матки может быть несомненным предрасполагающим моментом к развитию рака шейки матки.

Радикальным способом лечения в подобных случаях, особенно у женщин в расцвете их сексуальной жизни, может явиться ампутация гипертрофированной влагалищной части шейки матки как самостоятельное оперативное вмешательство.

Нередко ампутация влагалищной части шейки и даже всей шейки матки входит в комплекс оперативных вмешательств, предпринимаемых при опущении или выпадении матки и стенок влагалища и расслаблении тазового дна (см. ниже).

Как всегда больная должна быть тщательно подготовлена. При наличии III—IV степени чистоты и особенно при наличии во влага-

лищном секрете стрептококков необходимо тщательное предварительное лечение, чтобы довести влагалищную флору до I—II степени чистоты. Мы рекомендуем проводить предварительное лечение в условиях стационара, что всегда бывает эффективнее и быстрее амбулаторного лечения. При подозрении на беременность производство операции противопоказано. Кожа внутренней поверхности бедер (в верхней трети) и промежности, вульва, влагалище и шейка дезинфицируются спиртом и иодом. Шейку обнажают влагалищными зеркалами и подъемниками и обе губы шейки захватывают крепкими пулевыми щипцами или щипцами Мюзо или Дуайена. После того как шейка захвачена щипцами, рекомендуется переменить длинное заднее зеркало, которым была обнаружена шейка, и ввести более короткое заднее зеркало Фрича или Дуайена. Благодаря этому легче удается низвести шейку ко входу во влагалище для того, чтобы избежать неудобств оперирования в глубине влагалища.



Рис. 93. Клиновидная ампутация шейки. Передняя и задняя губа наружного маточного зева захвачены пулевыми щипцами. Прямыми ножницами влагалищная часть шейки матки рассечена по бокам на две половины (переднюю и заднюю).



Рис. 94. Клиновидная ампутация шейки. Шейка матки (влагалищная часть) рассечена на две половины. Клиновидно иссекается передняя половина рассеченной шейки. Спереди разрез проведен несколько ниже места перехода переднего свода в portio vaginalis.

Когда шейка подтянута, хирург берет в левую руку щипцы, фиксирующие заднюю губу, а передние щипцы передает помощнику. Прямыми ножницами, одна бранша которых вводится в цервикальный канал, хирург рассекает симметрично с обеих сторон шейку (влагалищную часть) сбоку (рис. 93). Рассечение не должно итти дальше боковых сводов. Обычно ножницами portio vaginalis лишь надсекается, а дальнейшее рассечение производится при помощи скальпеля (рис. 94). Когда рассечение на должную глубину закончено, приступают к ампутации верхней (передней) половины шейки (рис. 95). При отсечении шейки, особенно при отсечении верхней половины, нужно позаботиться о том, чтобы край переднего свода после ампутации свободно подошел и соединился без натяжения со слизистой оболочкой цервикального канала. С этой целью переднюю губу следует отсечь клиновидно (рис. 96). Еще лучше сначала провести поперечный разрез на границе перехода переднего свода в шейку — от конца бокового разреза с одной стороны до разреза с дру-

гой стороны — и несколько отсепаровать слизистую влагалища кверху и затем иссечь переднюю половину шейки, как показано на рис. 94.

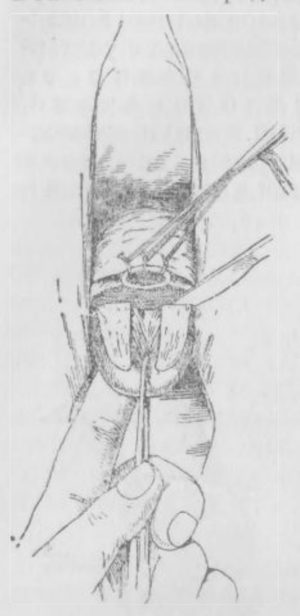


Рис. 95. Клиновидная ампутация шейки. Передняя половина рассеченной шейки клиновидно ампутирована. Узловыми лигатурами соединяется край переднего влагалищного свода со слизистой оболочкой цервикального канала. Матка низводится и фиксируется щипцами, захватывающими заднюю губу.

Тотчас после иссечения передней половины шейки приступают к образованию передней губы нового наружного зева матки, причем помощник подтягивает матку за щипцы, фиксирующие еще неотсеченную заднюю половину шейки. Прочными кетгутовыми лигатурами края раны соединяются, и помощник при помощи двух пинцетов старается хорошо приладить края. Обычно бывает достаточно трех лигатур. Наблюдающееся при ампутации влагалищной части кровотечение останавливается после наложения лигатур. Лигатуры нужно проводить под все раневое ложе (см. схем. рис. 96). Если не удается без затруднения провести иглу сразу в цервикальный канал, то проще шить с «выколом», т. е. выколоть иглу в рану и затем второй раз сделать вкол и вывести иглу в цервикальный канал. Иглы нужно брать крепкие, так как они вследствие плотности ткани шейки легко ломаются (особенно у начинающих хирургов). Наложенные и завязанные спереди лигатуры захватывают пеаном, которым подтягивают матку при ампутации и зашивании задней губы.

Заднюю губу отсекают так же, как и переднюю, но при этом не приходится особенно стремиться к клиновидному иссечению или к отсепаровке края влагалища, как спереди (рис. 102). Дело в том, что сзади свод прикреплен более рыхло и после ампутации шейки край свода легко приближается к цервикальному каналу. Кровотечение после отсечения задней губы бывает довольно значительным. Остановить его можно только наложением лигатур, что сзади удается легче, чем спереди. Сзади удобнее шить сверху вниз, т. е. делать вкол иглы в цервикальный канал и вкалывать ее в задний свод. Удобнее прежде провести все лигатуры, а затем уже завязать их. После того как образованы передняя и задняя губа нового зева (рис. 97), приступают к наложению швов на боковые участки разреза. Для того чтобы было удобно проводить и завязывать боковые лигатуры, нужно кохером, наложенным на угол раны, растянуть края раны (рис. 98). Таким образом создается новый зев и останавливается кровотечение. Прež-

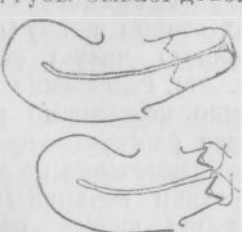


Рис. 96. Клиновидная ампутация шейки. Схематическое изображение операции.

де чем отрезать лигатуры, нужно, прекратив натяжение, убедиться в том, что нет кровотечения. Если имеется кровотечение, нужно наложить добавочную лигатуру. Кроме того, надо внимательно проконтролировать, хорошо ли прилажены края и наложить добавочные (т о н к и е) лигатуры, если где-нибудь видна клетчатка. Хорошему прилаживанию краев следует придавать

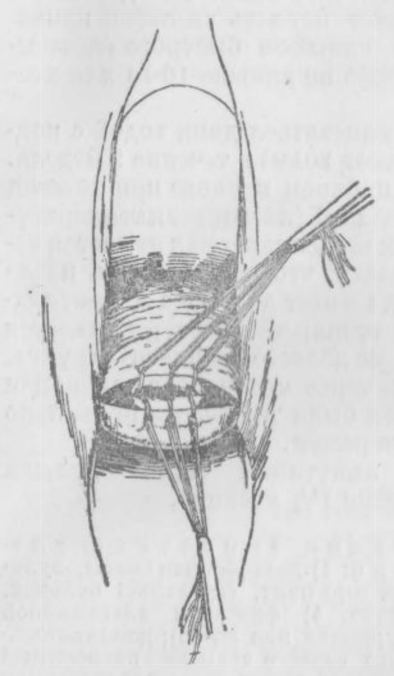


Рис. 97. Клиновидная ампутация шейки. При помощи трех узловых кетгутовых швов культя ампутированной задней половины влагалищной части шейки матки зашита. Таким образом создана новая задняя губа наружного маточного зева.

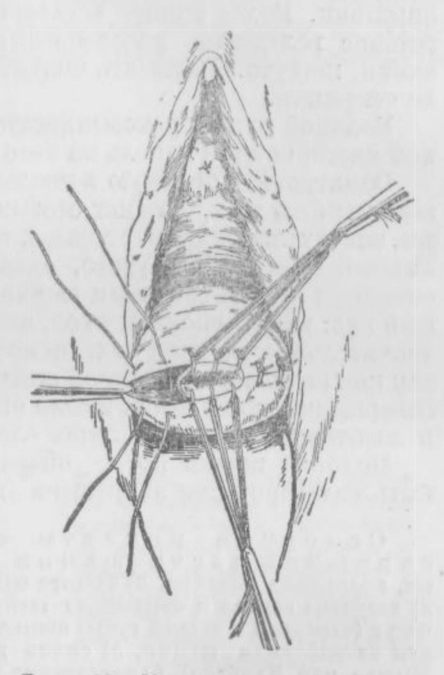


Рис. 98. Клиновидная ампутация шейки. При помощи узловых кетгутовых лигатур сшиваются края разрезов в переднем и заднем сводах (боковые отделы поперечных разрезов). Слева лигатуры уже завязаны. Справа лигатуры проведены, но не завязаны.

большое значение, так как оно закрывает входные ворота для инфекции и способствует быстрейшему заживлению.

Если одновременно с ампутацией шейки нужно произвести и пластику передней стенки влагалища (кольпоррафию), то мы раньше выполняем операцию передней кольпоррафии (стр. 121), а затем уже производим ампутацию. Равным образом и во время операции интерпозиции матки (interpositio uteri vesico-vaginalis — см. ниже стр. 133) ампутация, если это нужно, делается также после интерпозиции.

Сравнительно редко приходится делать одну лишь ампутацию влагалищной части шейки матки. Если ампутация является

лишь частью операции, то послеоперационный уход должен зависеть от основной операции. Послеоперационный уход после одной только ампутации шейки чрезвычайно прост и сводится к гигиеническим подмываниям и заботам о правильной функции кишечника и мочевого пузыря. Особой диэты не требуется. Кетгутовые швы с шейки не снимают. Для того, чтобы лигатуры не рассосались раньше времени, следует брать более толстые номера кетгута.

Ходить после ампутации разрешается не раньше 8-го дня после операции. Более раннее вставание может повлечь за собой кровотечение вследствие расслабления или слишком быстрого рассасывания кетгута. Выписать больную можно не раньше 10-го дня после операции.

Больной нужно рекомендовать спринцеваться дома водой с иодной настойкой (30 капель на 5—6 стаканов воды) в течение 2 недель.

Осматривать больную в послеоперационном периоде при помощи зеркал не следует, если нет особых показаний (повышения температуры, значительное кровотечение), так как введение зеркал является излишней травмой. Нужно, однако, знать, что на 10-й день после операции ампутированная шейка всегда имеет довольно неприглядный вид: видны уколы от игол, местами торчащие лигатуры, имеется значительное гнойное отделяемое. Это не должно смущать хирурга, так как вид ампутированной шейки уже через месяц после операции совершенно изменяется, и если операция была проведена правильно и асептично, то видны лишь следы операции.

Половая жизнь после операции ампутации шейки должна быть категорически запрещена в течение $1^1/_2$ месяцев.

Основные моменты операции ампутации влагалищной части шейки матки: 1) дезинфекция кожи, вульвы, влагалища и шейки, 2) защита операционного поля, «одевание» больной, 3) введение зеркал и обнажение шейки матки, 4) фиксация влагалищной части (передней и задней губы) щипцами (пулевыми или Мюзо); дополнительная дезинфекция шейки, 5) смена длинного заднего зеркала на короткое (Фрича или Дуайена), 6) рассечение влагалищной части на две половины при помощи боковых разрезов, 7) иссечение передней половины шейки и образование передней губы нового маточного зева, 8) иссечение задней половины влагалищной части и образование задней губы, 9) зашивание боковых разрезов.

Образец описания операции клиновидной ампутации влагалищной части (amputatio portionis vaginalis cuneiformis).

1. Показания. Гипертрофия и деформация шейки матки вследствие старых разрывов; не поддающиеся консервативной терапии бели и эрозии; выворот слизистой оболочки цервикального канала (ectropion).

2. Наркоз. Общий эфирный; количество эфира — 40 см³. Наркоз — без осложнений. Продолжительность наркоза — 40 минут. Наркоз не доводится до степени глубокого сна. За полчаса до операции введение под кожу 1 см³ 1% Sol. Morphini hydrochlorici или 1 см³ 2% Sol. Pantoponi.

3. Операция. Обе губы шейки захвачены пулевыми щипцами. С обеих сторон шейка рассечена прямыми ножницами и ножом до боковых сводов. Концы боковых разрезов соединены поперечным разрезом переднего свода на уровне перехода последнего в portio vaginalis. Край влагалища несколько отсепарован кверху. Передняя половина шейки клиновидно ампутирована. Тремя кетгутовыми лигатурами край влагалища соединен со слизистой цервикального канала. Далее ампутирована и задняя губа, после чего боковые разрезы с обеих сторон соединены отдельными кетгутовыми лигатурами. Операция проходила без осложнений. Обращала на себя вни-

мание плотность ткани шейки и значительная кровоточивость (повидимому, вследствие склероза сосудов), потребовавшая наложения дополнительных швов. На операционном столе спущена металлическим катетером моча, оказавшаяся чистой. Продолжительность операции — 30 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

г) Операция ампутации шейки по Штурмдорфу

При наличии упорного, не поддающегося лечению, эндоцервицита и гипертрофии шейки со множественными ovula Nabothii хорошие результаты дает ампутация шейки по Штурмдорфу, в целесообразности которой мы за последние годы неоднократно убеждались на собственном материале.



Рис. 99. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Обе губы наружного маточного зева захвачены пулевыми щипцами. Сделан циркулярный разрез на границе между здоровой и патологически измененной поверхностью шейки матки. Начато удаление конусообразного участка шейки.



Рис. 100. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Закончено иссечение конуса, состоящего из мышечной ткани шейки и большой части цервикального канала. В глубине видно поперечное сечение цервикального канала. Край разреза фиксирован.

Операция заключается в следующем. После дезинфекции и обнажения влагалищной части, как описано выше, шейка захватывается двумя пулевыми щипцами, наложенными на каждую губу в отдельности. За пулевые щипцы шейку низводят по возможности ко входу во влагалище. Циркулярным разрезом очерчивается граница основания конуса, форму которого должна иметь предполагаемая к удалению часть шейки матки (рис. 99). Острым ножом вырезают конус таким образом, чтобы была захвачена значительная часть слизистой оболочки цервикального канала. Для облегчения манипуляций мы обыкновенно производим иссечение конуса на расширителе Гегара, введенном в цервикальный канал. Иссеченная часть шейки (рис. 100) представляет собой конус, основание которого соответствует наружному зеву с окружающей его слизистой оболочкой влагалищной час-

ти (обычно патологически измененной и содержащей ovula Nabothii); толща конуса состоит из мышечной ткани шейки матки, а сердцевина конуса содержит значительную часть цервикального канала, выстланного патологически измененной слизистой оболочкой. Чтобы после иссечения конуса шейка матки не ушла, еще до иссечения конуса нужно захватить щипцами Мюзо или двузубцем Дуайена край влагалища спереди и сзади. После удаления конуса нужно несколько отсепаровать стенку влагалища от шейки, особенно спереди (рис. 101 и 102) для того, чтобы сделав ее подвижной, можно было ввернуть ее в образованную воронку. Далее проводят шелковую или крепкую кетгутовую лигатуру через передний край влагалищной

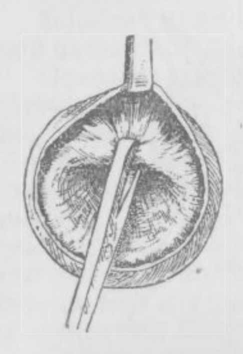


Рис. 101. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Шейка ампутирована. Производится отсепаровка слизистой оболочки, покрывающей влагалищную часть шейки матки.

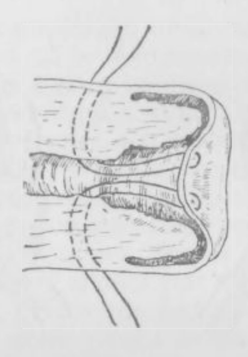


Рис. 102. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Схематическое изображение ампутированной шейки после отсепаровки слизистой оболочки, покрывающей снаружи влагалищную часть. Проведены лигатуры.



Рис. 103. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Наложение лигатуры. Лигатура проводится через край отсепарованной слизистой оболочки. Концы лигатуры проводятся из цервикального канала через всю толщу кишечной стенки шейки.

стенки, как показано на рис. 103, а концы лигатуры выкалывают из цервикального канала через толщу образовавшейся в шейке воронки наружу—через стенку влагалища, отступя на 2—2,5 см от края. При этом нужно следить, чтобы не проколоть стенку мочевого пузыря. При завязывании правильно проведенной лигатуры край отсепарованной стенки влагалища и эпителиального покрова влагалищной части шейки сам втягивается в воронку; этому можно способствовать, ввертывая внутрь пинцетом во время завязывания лигатуры край влагалища. То же делают сзади, причем, вследствие большей подвижности края влагалища, сзади это удается легче, чем спереди. Для того, чтобы край влагалища хорошо подошел к краю слизистой оболочки цервикального канала и для лучшего гемостаза (остановки кровотечения), нужно иглу обязательно вводить в цервикальный канал. После того как завязаны две основные лигатуры (спереди и сзади), благодаря которым ввернутые части стенки влагалища образуют как бы новый цервикальный канал, присту-

пают к наложению боковых лигатур (рис. 104), как это делается при клиновидной ампутации шейки матки (см. рис. 98). Ввиду того, что во время операции Штурмдорфа наблюдается значительное кровотечение, необходимо особенно тщательно наложить боковые лигатуры, проведя их через дно раны.

При некотором навыке выполнение операции Штурмдорфа несложно.

Послеоперационное течение и уход такие же, как после операции клиновидной ампутации шейки.

Описание операции также ничем существенным не отличается от описания ампутации шейки матки (см. выше).

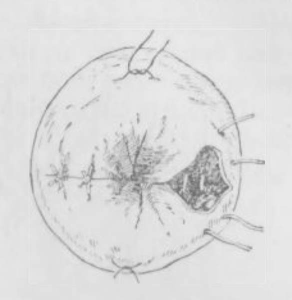


Рис. 104. Ампутация шейки по Штурмдорфу. Передняя и задняя лигатуры завязаны. Слизистая оболочка втянута внутрь и покрывает раневую поверхность шейки, образуя как бы новый цервикальный канал. Наложены боковые лигатуры.

д) Высокая ампутация шейки матки (Amputatio colli uteri alta)

Нередко шейка не только значительно гипертрофирована, но к тому еще и удлинена. Иногда наблюдается настолько значительное удлинение (elongatio) шейки, что последняя выходит за половую щель, в то время как тело матки сравнительно мало опущено. Особенно удлинена бывает шейка при давнишних, застарелых пролапсах матки и влагалища, сопровождающихся опущением передней стенки влагалища и мочевого пузыря. Во всех случаях чрезмерной элонгации (удлинения) шейки матки бывает недостаточно обыкновенной ампутации влагалищной части, а операции, предпринимаемые по поводу пролапса матки, становятся практически бессмысленными, если не удаляется и удлиненная шейка.

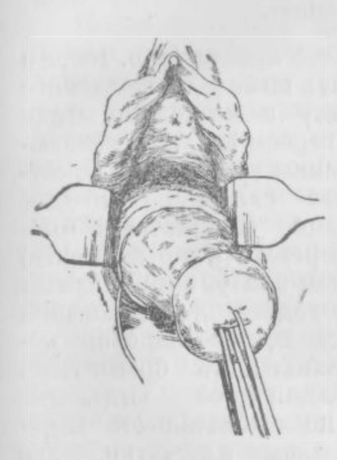


Рис. 105. Высокая ампутация шейки матки. Шейка захватывается пулевыми щипцами и низводится ко входу во влагалище. Сделан циркулярный разрез на границе между сводами и влагалищной частью шейки.

Техника высокой ампутации шейки матки заключается в следующем. Обнажив влагалищную часть зеркалами, шейку захватывают за переднюю и заднюю губу двумя пулевыми щипцами или двузубцами Дуайена и низводят ко входу во влагалище или, в зависимости от случая, и за половую щель. На уровне перехода влагалищного свода в шейку матки делается ножом циркулярный разрез через толщу стенки влагалища (рис.105). Мочевой пузырь отслаивается от шейки отчасти острым путем, отчасти тупым до предполагаемого уровня ампутации. Сбоку нужно перерезать клетчатку, относящуюся к ос-

нованию широкой связки и также вытянутую книзу, как и шейка. В клетчатке проходит нисходящая веточка a. uterinae. Клетчатку

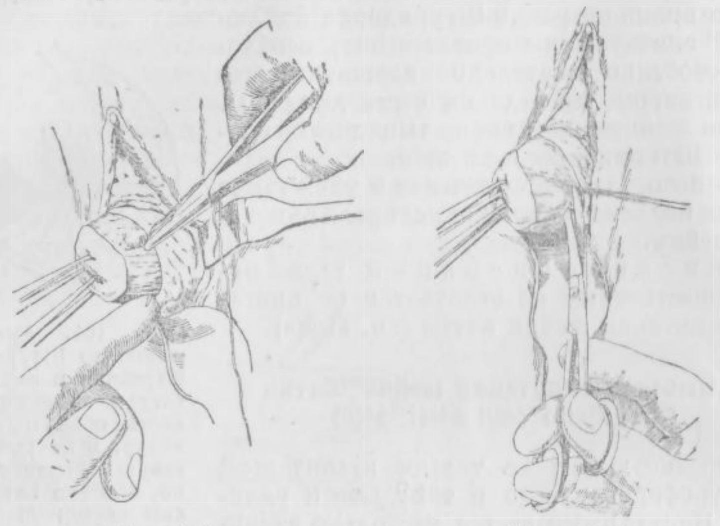


Рис. 106 а. Рис. 106 б.

Высокая ампутация шейки матки. Перевязывается и перерезается параметральная клетчатка сбоку от шейки. В клетчатке проходит ветка a. uterinae.

приходится рассекать и перегязывать в два-три приема (рис. 106, а и 106, б), для того, чтобы полностью выделить шейку до желаемого уровня. Сбоку и несколько сзади приходится пересекать и перевязывать часть также удлиненных крестцово-маточных связок. Выгоднее предварительно зажимать и постепенно перерезать (и перевязывать) клетчатку, чем сразу циркулярным разрезом доходить до мышечной стенки шейки и, высепаровав последнюю, захватывать брызжущие сосуды. Постепенное выделение шейки при последовательной перерезке и перевязке клетчатки более бескровно и более надежно (рис. 107).

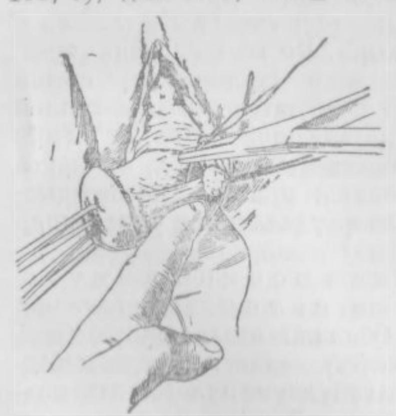


Рис. 107. Высокая ампутация шейки матки. Продолжается перевязка и перерезка параметральной клетчатки и постепенное выделение шейки до уровня внутреннего зева.

Нужно иметь в виду, что при удлинении шейки, особенно при пролапсах, бывает низко опущена брюшина (дно) дугласова кармана, вследствие чего брюшина иногда нечаянно вскрывается при выделении задней поверхности шейки. Это непредвиденное обстоятельство не должно смущать хирурга. Вскрытую брюшину нужно зашить одним

кисетным или несколькими отдельными кетгутовыми швами и продолжать операцию.

Когда вся шейка до намеченного уровня высепарована, а кровотечение тщательно остановлено, приступают к собственно ампутации. Обычно рассекают ампутируемую часть боковыми разрезами пополам (рис. 108) и ампутируют последовательно каждую половину — сначала переднюю, а затем заднюю. После ампутации передней половины тремя швами соединяют передний край влагалища со слизистой оболочкой цервикального канала, и таким образом получается новая передняя губа. Далее отсекается задняя половина и образуется задняя губа, т. е. поступают так, как при клиновидной ампутации влагалищной части, с той только разницей, что при высокой ампутации не имеет смысла иссекать шейку клиновидно, а достаточно каждую половину просто отсечь, так как при высокой ампутации с избытком хватает слизистой влагалища для того, чтобы хорошо закрыть ампутированную культю шейки матки (рис. 95, 96, 97). После образования передней и задней губы накладывают боковые швы (рис. 98).



Рис. 108. Высокая ампутация шейки матки. Выделенная из клетчатки шейка рассекается на две половины.

После того как ампутация закончена, нужно зондом проверить, не прошит ли случайно насквозь лигатурами цервикальный канал. Уже при наложении швов нужно внимательно следить за тем, чтобы не зашить наглухо цервикальный канал; все же не мешает еще раз убедиться в этом и по окончании операции. Если цервикальный канал непроходим для зонда, нужно распшить передние швы, ибо именно при наложении швов спереди возможен такой недосмотр, и вновь наложить их с большей осторожностью. Мы всегда шьем крепким кетгутом средней толщины.

Послеоперационный период и уход после высокой ампутации шейки зависят от всего комплекса оперативных вмешательств в каждом случае, ибо высокая ампутация шейки редко производится изолированно и большей частью является лишь одной из составных частей, деталью операции по поводу выпадения матки (кольпоррафия, восстановление тазового дна, вентрофиксация, интерпозиция и т. п.).

Основные моменты операции высокой ампутации шейки: 1) дезинфекция кожи, вульвы и влагалища, 2) «одевание» больной (защита операционного поля), 3) введение зеркал и обнажение влагалищной части шейки, 4) захватывание шейки и максимальное низведение последней (дополнительная дезинфекция влагалища и шейки), 5) циркулярный разрез по сводам в месте перехода последних в portio vaginalis, 6) отсепаровка мочевого пузыря, 7) перерезка и перевязка нисходящих веток a. uterinae с клетчаткой основания широкой связки, 8) перерезка и перевязка клетчатки в зоне уплотнения ретракторов (крестцово-маточных связок), 9) рассечение выделенной из клетчатки шейки на две половины при помощи боковых разрезов, 10) ампутация передней половины шейки, 11) со-

единение при помощи отдельных лигатур края переднего свода со слизистой цервикального канала, 12) ампутация задней половины шейки, 13) соединение узловатыми лигатурами края заднего свода со слизистой оболочкой цервикального канала, 14) наложение боковых лигатур.

Ампутация гипертрофированной и отечной шейки (независимо от способа ампутации) является благодетельной операцией. Она освобождает больных от белей и болей, которыми они нередко годами страдают до операции. Мало того, удаление патологически измененной шейки, представлявшей постоянный очаг инфекции, и само оперативное вмешательство оказывают и на матку благоприятное трофическое влияние: матка уменьшается, становится мягче, в связи с чем налаживается и менструальная функция.

е) Пластика шейки (операция Эммета — trachelorrhaphia)

Если шейка не гипертрофирована чрезмерно и не деформирована множественными разрывами, то при наличии боковых разрывов у молодых женщин можно вместо ампутации применить пластическую операцию восстановления целости шейки. Эта операция предложена Эмметом и заключается в следующем.

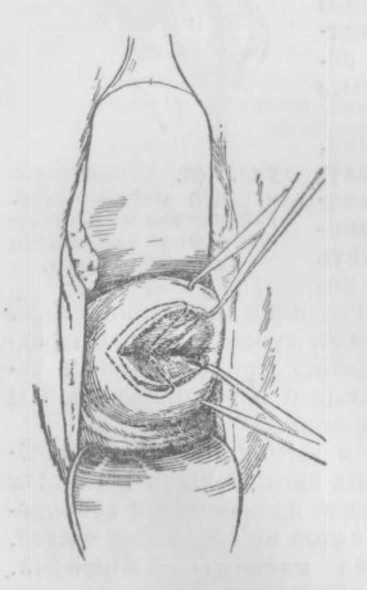


Рис. 109. Операция Emmet (вшивание старых разрывов шейки). Очерчен участок, подлежащий освежению.

Как всегда перед влагалищной операцией, влагалищные выделения должны быть доведены до *I—II* степени чистоты. При наличии гнойных выделений от операции следует временно воздержаться. Перед операцией должны быть дезинфицированы спиртом и иодом кожа внутренней поверхности бедер и промежности, вульва, влагалище, шейка и цервикальный канал. Влагалищными зеркалами обнажают шейку матки, а обе губы захватывают пулевыми щипцами. Переднее зеркало (подъемник) извлекают, а длинное заднее зеркало заменяют коротким зеркалом Фрича или Дуайена. При помощи пулевых щипцов шейку низводят по возможности к входу во влагалище.

Для того, чтобы добиться хорошего заживления (срастания) разорванной шейки, необходимо в достаточной степени освежить поверхности, подлежащие соединению. Пулевыми щипцами несколько растягивают маточный зев и острым ножом намечают границу освежения. С внутренней стороны граница освежения должна проходить на границе слизистой оболочки цервикального канала, а снаружи — на границе слизистой оболочки (многослойного плоского эпителия), покрывающей снаружи влагалищную часть (рис. 109).

После того как фигура освежения намечена, нужно при помощи острого пинцета и острого ножа снять намеченный лоскут. Ввиду того, что удаляемый лоскут не имеет под собой подвижной рыхлой клетчатки, лоскут приходится срезать ножом, причем нужно следить за тем, чтобы на освежаемой поверхности не оставалось ни одного неосвеженного клочка, который в дальнейшем может препятствовать срастанию соединенных поверхностей. Освежение не должно быть слишком поверхностным — удаляемый лоскут должен иметь толщину не менее 3 мм ($^1/_3$ см), для чего разрез, очерчивающий лоскут, должен быть проведен на соответствующую глубину. После снятия лоскута приступают к соединению освеженных поверхностей при помощи отдельных кетгутовых лигатур. Швы должны быть проведены через слизистую оболочку, покрывающую шейку и мышечный

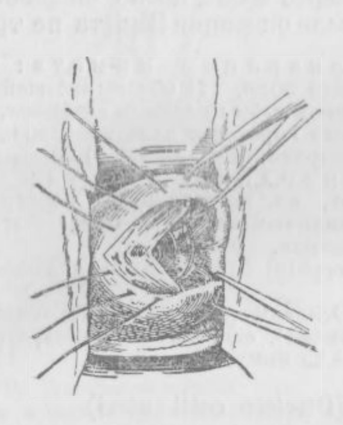


Рис. 110. Операция Emmet. Наложение швов после освежения.

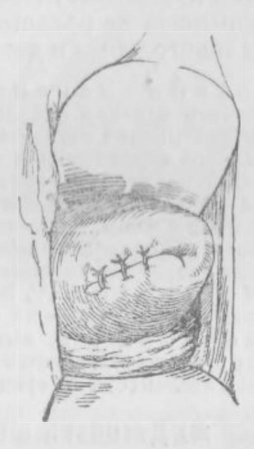


Рис. 111. Операция Emmet. Вид шейки после наложения швов.

слой. Не следует проводить лигатуру через слизистую оболочку цервикального канала (рис. 110). Ввиду ригидности ткани шейки удобнее шить «с выколом». Мы шьем обыкновенно кетгутом (толстым). Если разрыв большой, то можно наложить два шелковых шва (шелк снимают на 7—8-й день после операции).

После зашивания разрыва шейка принимает вид, изображенный на рис. 111. Если имеется двусторонний разрыв, то удобнее сначала произвести освежение сразу с обеих сторон, а затем последовательно наложить швы на каждой стороне. Если разрыв расположен на задней или передней стенке шейки, то техника зашивания разрыва по существу не изменяется. Если разрыв спереди идет высоко до мочевого пузыря, то нужно предварительно сделать поперечный разрез по переднему своду, отслоить мочевой пузырь, а затем приступить к освежению краев разрыва и к зашиванию. С левой стороны удобнее вкалывать иглу снизу вверх, а с правой стороны — сверху вниз.

Операцию Эммета можно делать без наркоза. Полезно за полчаса до операции ввести под кожу 1 см³ 1% Sol. Morphini hydrochlorici (или 1 см³ 2% Sol. Pantoponi). Очень нервным больным приходится давать неглубокий эфирный наркоз. Влагалищная часть шейки матки мало чувствительна, и если больные без наркоза реагируют во время операции, то не на манипуляции на шейке, а на неосторожные уколы иглой или пинцетом весьма чувствительной области вульвы.

Как и после других операций на шейке, больную не следует поднимать раньше 8-го дня после операции и выписывать раньше 10-го дня. Нужно иметь в виду, что даже после надлежащего освежения рубцово измененных поверхностей разрыва заживление идет довольно вяло, и какой-нибудь травмы (например, coitus) или физического напряжения достаточно, чтобы вызвать кровотечение. Половую жизнь можно разрешить не раньше чем через месяц после операции.

Специального ухода и диэты после операции Эммета не требуется.

Основные моменты операции Эммета: 1) дезинфекция спиртом и иодом операционного поля, 2) обнажение шейки зеркалами, 3) захватывание передней и задней губы пулевыми щипцами, 4) извлечение переднего подъемника и введение короткого заднего зеркала, 5) низведение шейки матки, 6) освежение поверхности разрывов, 7) наложение швов.

Образец описания операции Эммета.

1. Показания. Постоянные, не поддающиеся консервативному лечению бели у молодой женщины; наличие старого двустороннего разрыва шейки после операции наложения щипцов.

2. Наркоз. 1 см³ 1% Sol. Morphini hydrochlorici под кожу за полчаса до операции; эфира — 30 см³.

3. Операция. См. выше «Основные моменты операции».

Хирург (фамилия), ассистент (фамилия), операционная сестра (фамилия). Продолжительность операции — 25 минут.

ж) Дисцизия шейки (Discisio colli uteri)

Рассечение шейки матки или, вернее, рассечение наружного маточного зева представляет собой операцию, противоположную операции Эммета.

Эта операция имеет в настоящее время весьма ограниченное применение. В огромном большинстве случаев она применяется в случаях бесплодия, когда причиной последнего предполагается чрезмерноконическая шейка с точечным наружным зевом. Некоторые применяют дисцизию при алгодисменоррее (болезненных менструациях). Если конической шейке еще можно с некоторой долей вероятности приписать роль в патогенезе бесплодия, то вряд ли эта аномалия может быть причиной болезненных менструаций, этиология которых обычно бывает значительно сложнее. Во всяком случае, прежде чем предпринять операцию дисцизии шейки, необходимо всесторонне изучить причину бесплодия, причем необходимо обязательно исследовать сперму мужа и проходимость труб, а также причины алгоменорреи. Особенно важное значение имеет исключение гонорреи. Ввиду того, что дисцизии обычно предшествует расширение цервикального канала (и внутреннего зева) и выскабливание полости матки, то при наличии латентной гонорреи приходится иногда наблюдать обострение и асцендирование инфекции, значительно ухудшающие состояние больных по сравнению с их состоянием до операции.

Мы неоднократно наблюдали подобные осложнения после операции дисцизии шейки, предпринятой без достаточного обоснования и, главное, обследования.

Само собой понятно, что выскабливание полости матки и дисцизия шейки при полной непроходимости фаллопиевых труб или азооспермии у мужа совершенно бессмысленно.

Дисцизию можно сделать сбоку — по обеим сторонам наружного маточного зева и сзади — посредине задней губы.

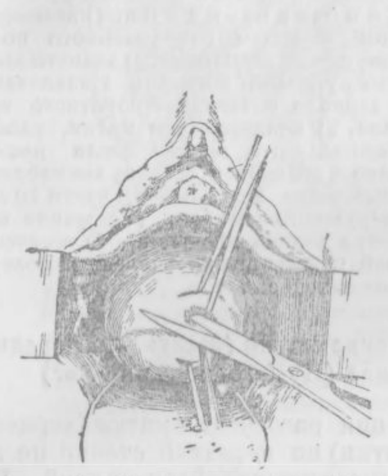


Рис. 112. Дисцизия шейки. Передняя и задняя губа маточного зева растянуты пулевыми щипцами. Прямыми ножницами производится рассечение шейки по бокам.

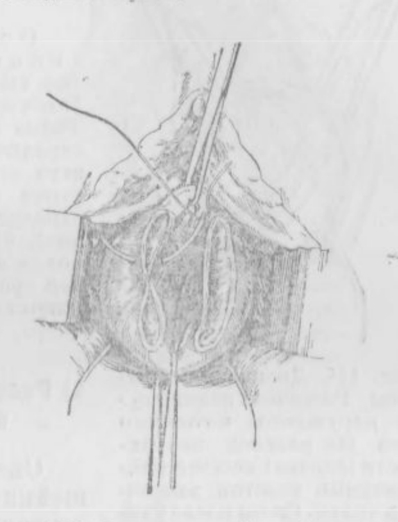


Рис. 113. Дисцизия шейки. После рассечения шейки из раневой поверхности иссечены клиновидные участки мышечной ткани. Справа начато соединение краев раны узловатыми швами.

Дисцизия боковая производится следующим образом. Операционное поле дезинфицируют спиртом и иодом, как при всякой вагинальной операции. Если производится выскабливание полости матки, то сначала нужно сделать выскабливание, после чего двумя пулевыми щипцами захватывают обе губы маточного зева и ножницами делают симметрично с обеих сторон надсечки, как при клиновидной ампутации шейки (см. рис. 97), но ни в коем случае не следует рассекать слишком высоко, а тем более доводить разрез до боковых сводов.

Ввиду того, что слизистая оболочка, покрывающая снаружи шейку матки, и слизистая цервикального канала неподвижны, не имеют рыхлого подслизистого слоя клетчатки, то для соединения краев при помощи швов необходимо из окровавленной поверхности шейки вырезать острым ножом клиновидные полосы, как показано на рис. 112 и 113. Благодаря этому легко удается соединить края разреза. Обычно применяют кетгутовые лигатуры, причем прокалывают с одной стороны слизистую, покрывающую шейку, а

с другой — слизистую цервикального канала. Чем глубже вырезан клин, тем лучше сходятся края.

При задней дисцизии рассекают заднюю губу (рис. 114) и после иссечения клиновидных полосок края разреза соединяют отдельными кетгутовыми лигатурами.

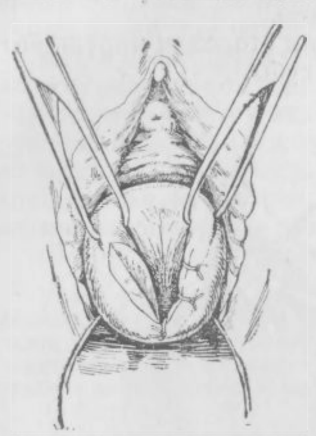


Рис. 114. Дисцизия задней губы. Рассечена задняя губа наружного маточного зева. Из раневой поверхности (справа) иссечен клиновидный участок мышечной ткани. Слева после удаления клина наложены швы и слизистая оболочка цервикального канала соединена со слизистой оболочкой наружной поверхности влагалищной части и шейки матки.

Послеоперационный уход и диэта, как при вышеописанных операциях на шейке (см. выше).

Основные моменты операции дисцизии шейки матки: 1) дезинфекция спиртом и иодом операционного поля, 2) обнажение шейки зеркалами, 3) захватывание шейки матки пулевыми щипцами, 4) извлечение переднего зеркала и введение короткого заднего зеркала, 5) зондирование матки, расширение цервикального канала (если решено одновременно с дисцизией сделать выскабливание), 6) рассечение влагалищной части по сторонам от наружного зева (или рассечение задней губы—при задней дисцизии), 7) иссечение клиновидной полосы из окровавленной поверхности, 8) наложение швов.

з) Рассечение матки (шейки) по передней стенке (Hysterotomia anterior)

Операция рассечения матки (вернее— шейки матки) по передней стенке не является самостоятельной операцией. Подобно передней кольпоцелиотомии (см. рис. 60, 61, 62, 63, 64), открывающей путь в брюшную полость через передний влагалищный свод, рассечение передней стенки шейки или всей передней стенки матки (если это нужно) дает возможность проникнуть оперативным путем в цервикальный канал или в полость матки. Эту операцию предпринимают для удаления субмукозных фиброматозных узлов, родившихся во влагалище или в цервикальный канал (рис. 115), или для прерывания беременности per vaginam в сроки, свыше 3 месяцев (для так называемого влагалищного кесарского сечения). Иногда рассечение передней стенки шейки матки (и тела матки) предпринимается во время влагалищной экстирпации матки или при затруднении, встречающемся при вскрытии пузырно-маточной брюшинной складки (plica vesico-uterina) (рис. 116), или при выведении через переднее кольпотомическое отверстие слишком большой матки.

Техника операции. Операция начинается как передняя кольпотомия. Когда мочевой пузырь отслоен до переходной брюшинной складки, его защищают зеркалом (подъемником) и переднюю стенку шейки рассекают прямыми ножницами строго по средней линии до желательного уровня. Если рассечение шейки предпринимается для облегчения внутриматочных манипуля-

ций (прерывание беременности, удаление опухоли), то по выполнении последних рассеченную шейку зашивают узловатыми кет-

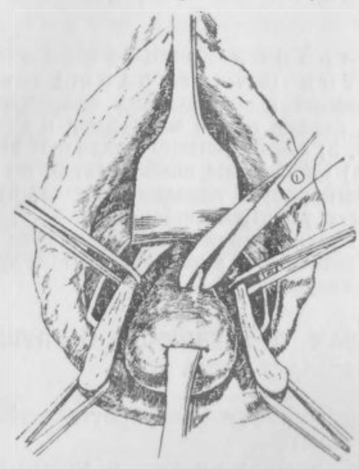


Рис. 115. Для обнажения высоко расположенного узла пришлось сделать переднюю кольпотомию, отслоить мочевой пузырь, который на рисунке закрыт подъемником, и рассечь по средней линии переднюю стенку шейки матки.

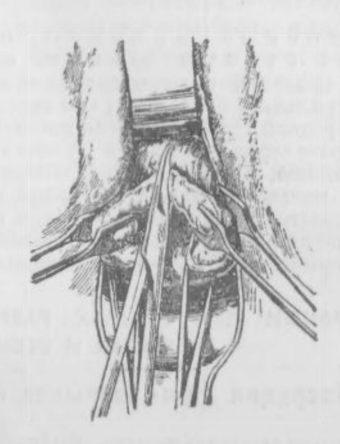


Рис. 116. Рассечение передней стенки шейки матки для нахождения plicae vesico-uterinae.

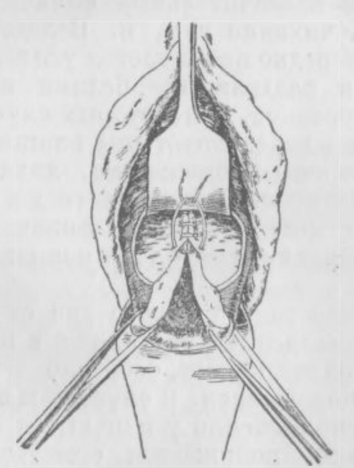


Рис. 117. После удаления опухоли рассеченная передняя стенка шейки зашита узловыми швами, не проникающими в цервикальный канал.

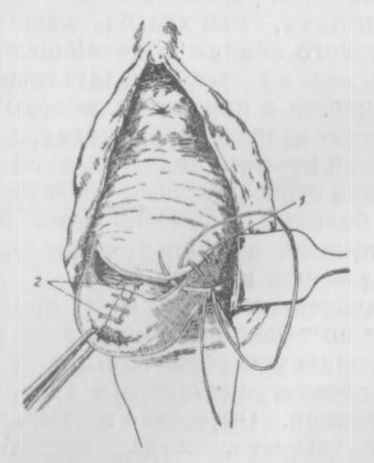


Рис. 118. Вид шейки после рассечения передней стенки шейки матки (hysterotomia anterior vaginalis).

1—швы, которыми зашит кольпотомический разрез; *2*—нижние швы, которыми зашита шейка.

гутовыми швами. В шов захватывают всю толщу шейки матки, за исключением слизистой цервикального канала, которую не следует прошивать (рис. 117). После восстановления целости

шейки от верхнего конца разреза до наружного зева, зашивается отдельными кетгутовыми швами кольпотомическая рана в переднем своде (рис. 118).

Основные моменты операции рассечения передней стенки шейки матки (hysterotomia anterior): 1) дезинфекция операционного поля и ограждение операционного поля стерильным бельем, 2) обнажение стенки матки зеркалами и захватывание передней губы пулевыми щипцами, 3) смена длинного заднего зеркала на короткое зеркало Фрича и Дуайена, 4) низведение шейки матки ко входу во влагалище, 5) полулунный поперечный разрез переднего свода, 6) отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки до plica vesico-uterina, 7) рассечение передней стенки шейки матки по средней линии, 8) зашивание рассеченной шейки узловыми кетгутовыми швами, 9) зашивание полулунного кольпотомического разреза в переднем своде.

5. ОПЕРАЦИИ ПРИ СТАРЫХ РАЗРЫВАХ ПРОМЕЖНОСТИ И ОПУЩЕНИИ МАТКИ И СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА

а) Операции при разрывах промежности (Colpoperineorrhaphia)

Значительные старые разрывы промежности, в которые вовлекаются, кроме задней стенки влагалища, кожа промежности и мышцы тазового дна и их сухожильное соединение, подлежат оперативному лечению даже в том случае, если они не вызывают у больных серьезных жалоб. В огромном большинстве случаев больные жалуются на неловкость (чувство пустоты, чувство напирания) при поднятии тяжести и даже при незначительных физических напряжениях, как ходьба, кашель, чихание и т. п. Вследствие чрезмерного зияния половой щели нередко наблюдается усиленное отделяемое из стенок влагалища и раздражение белями кожи промежности и наружных половых органов. В некоторых случаях нарушение целости тазового дна, лишая переднюю стенку влагалища и мочевой пузырь поддержки со стороны промежности, является причиной относительного недержания мочи, выражающегося в том, что у больных подтекает моча при незначительных физических напряжениях и даже при кашле, чихании, смехе (так называемое «неудержание мочи»).

Значительные разрывы промежности и тазового дна способствуют постепенному опущению и выпадению влагалища и матки и смещению мочевого пузыря и прямой кишки, особенно у женщин с конституциональным предрасположением к опущению половых органов. Опущение и выпадение особенно усиливаются в пожилом возрасте, когда значительно понижается естественная упругость (тургор) тканей.

Само собой разумеется, что симптомы при полных разрывах промежности чрезвычайно тягостны. При неполном разрыве сфинктера заднего прохода больные жалуются на недержание газов и жидкого кала, а при полном нарушении целости сфинктера, а тем более прямой кишки, и оформленный кал не удерживается больными.

Таким образом, разрывы промежности подлежат оперативному лечению не только для избавления женщин от беспокоящих

их симптомов, но и в целях профилактики опущения и выпадения половых органов.

Операция при неполных разрывах промежности. Подготовка к операции зашивания промежности сводится главным образом к основательному освобождению кишечника от каловых масс (см. стр. 11). В остальном подготовка ничем не отличается от общей подготовки к влагалищным операциям. При наличии гнойных выделений следует воздержаться от операции, пока бели не будут устранены.

Перед операцией кожу внутренней поверхности бедер и промежности, вульву и влагалище дезинфицируют спиртом и иодом. Операционное поле защищают, как всегда, стерильным бельем. Для

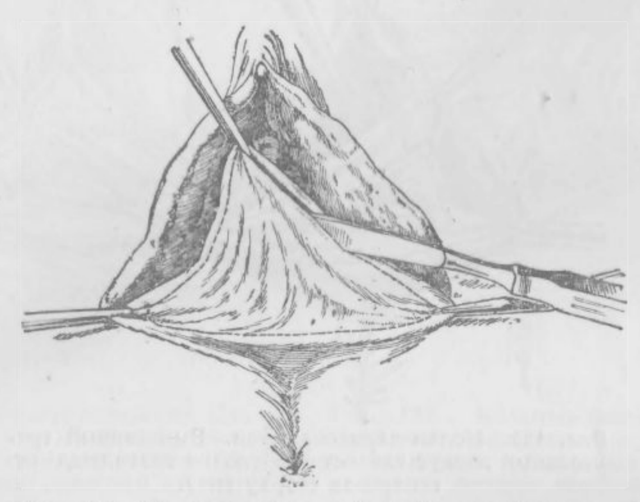


Рис. 119. Кольпоперинеоррафия. Из задней стенки влагалища выкроен треугольный лоскут, основание которого соответствует границе между слизистой оболочкой влагалища и кожей промежности.

того, чтобы рационально выполнить операцию, недостаточно восстановить целость задней стенки влагалища и кожи промежности. При помощи погружных швов необходимо соединить, по возможности, и разошедшиеся мышцы тазового дна.

Операция начинается с так называемого «освежения», т. е. снятия лоскута, включающего в себя рубцовую ткань в области разрыва и участок задней стенки влагалища. Какова бы ни была конфигурация разрыва, мы всегда придаем фигуре освежения, т. е. удаляемому лоскуту, треугольную форму. Основание равнобедренного треугольника соответствует границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности, а вершина находится на задней стенке влагалища (рис. 119). Высота и основание треугольника или, иначе говоря, величина удаляемого лоскута зависят от особенностей случая. При значительных разрывах, особенно при разрывах, сопровождающихся значительным опущением задней стенки влагалища или опущением и выпячиванием в просвет влага-

лища передней стенки прямой кишки (rectocele), приходится отсепаровывать лоскут довольно высоко (т. е. в глубине влагалища).

Границы лоскута можно наметить следующим образом. При помощи пулевых щипцов (или кохеров) намечают основание треугольника. Пулевыми щипцами (или кохерами) захватывают большие губы. Кохером захватывают строго по средней линии заднюю стенку влагалища на требуемой высоте. Для того, чтобы отсепаровать намеченный лоскут, нужно растянуть его при помощи пулевых щипцов и кохера и провести разрезы, как показано на рис. 119. Разрезы должны быть сделаны на глубину 2—3 мм и во всяком случае так, чтобы края разрезов отошли друг от друга на значитель-

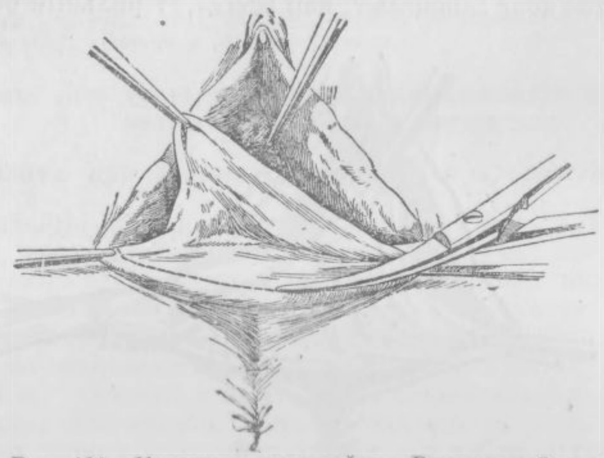


Рис. 120. Кольпоперинеоррафия. Выкроенный треугольный лоскут слизистой оболочки влагалища отсепарован сверху вниз.

ное расстояние, что свидетельствует о том, что разрез дошел до подслизистой клетчатки. Правильное проведение очерчивающих разрезов значительно облегчает отсепаровку лоскута. Слишком энергичным и глубоким разрезом можно нечаянно поранить кишку, о чем следует всегда помнить. После проведения разрезов захватывают острым пинцетом или, лучше, зажимом Пеана вершину удаляемого лоскута и ножом, а отчасти тупым путем отсепаровывают его (рис. 120). При отсепаровке лоскута в правильном слое кровотечение бывает обычно небольшим. Нередко, впрочем, особенно при наличии варикозного расширения вен, кровотечение бывает значительным. Необходимо тщательно остановить кровотечение, прежде чем приступить к дальнейшим моментам операции. Легче всего остановить кровотечение при помощи обкалывания тонким кетгутом. Окончательно кровотечение останавливается лишь после завязывания погружных швов (см. ниже).

Можно отсепаровать лоскут из задней стенки влагалища и другим способом, которым *мы лично предпочитаем пользоваться*. Начинающим хирургам он кажется несколько более сложным, но зато имеет ряд преимуществ.

Мы обычно начинаем отсепаровку лоскута снизу. Растянув в стороны заднюю спайку (вернее, основание предполагаемого к удалению лоскута) при помощи пулевых щипцов (или кохеров), делают ножом длинный разрез на границе между кожей промежности и слизистой влагалища (рис. 121). Затем захватывают кохером или пеаном середину отсепарованного края влагалища, несколько отсепаровывают кверху стенку влагалища (рис.122) и далее продолжают



Рис. 121. Колпоперинеоррафия. Пулевыми щипцами растянута промежность в области задней спайки. На границе между слизистой оболочкой влагалища и кожей промежности проведен поперечный разрез.

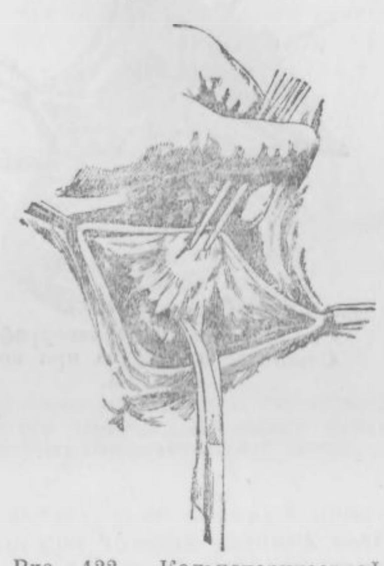


Рис. 122. Кольпоперинеоррафия. Край влагалища захвачен кохером и приподнят. Отсепаровка треугольного лоскута снизу вверх при помощи куперовских ножниц.

отсепаровку или ножом (рис. 123), или тупым путем, выпячивая лоскут при помощи пальца, вводимого во влагалище, и помогая таким путем отсепаровке (рис.124). После того как лоскут отсепарован до предположенной высоты, зажимом Кохера отмечают вершину треугольного лоскута, который удаляют куперовскими ножницами, как показано на рис. 125.

Этот способ дает возможность отсепаровать лоскут любой величины и на любую высоту. При этом способе почти полностью исключается возможность поранения прямой кишки и, кроме того, открывается лучший доступ к леваторам (mm.levatores ani) и фасции, их одевающей.

Для того чтобы восстановить тазовое дно, нужно прежде всего соединить ножки леваторов. Мы никогда не выделяем леваторов из их фасциального окружения, а соединяем тремя узловыми кетгутовыми швами леваторы с покрывающими их фасциями (рис. 126). Леваторы очень близко подходят к боковой стенке влагалища и после удаления влагалищного лоскута их легко подхватить иглой, как

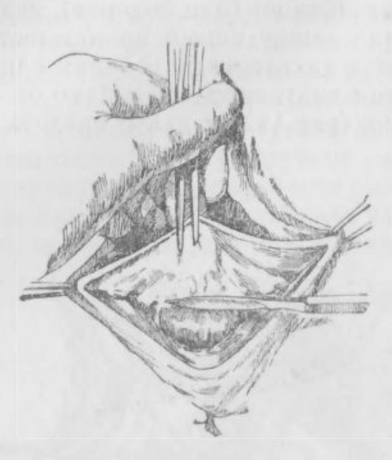


Рис. 123. Кольпоперинеоррафия. Отсепаровка лоскута при помощи ножа.



Рис. 124. Кольпоперинеоррафия. Отсепаровка лоскута тупым способом.

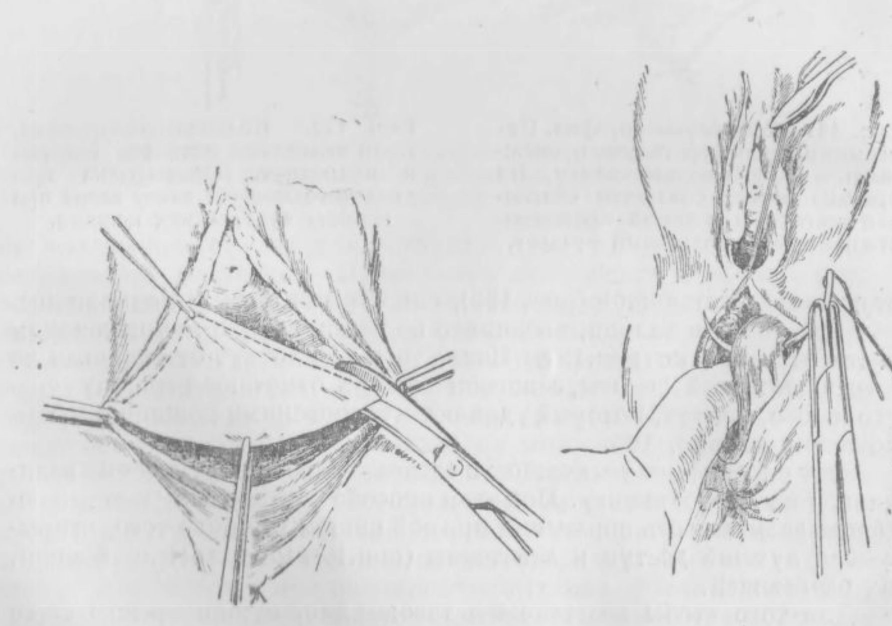


Рис. 125. Кольпоперинеоррафия. Отсепарованный снизу вверх треугольный лоскут слизистой оболочки задней стенки влагалища удаляют при помощи куперовских ножниц.

Рис. 126. Кольпоперинеоррафия. Сшивание леваторов. Игла проведена под ножку левого леватора, покрытого фасцией.

показано на рисунке. Для наложения швов на леваторы нужно брать большие и крутые иглы и проводить их «с выколом», т. е. сначала подвести под леватор с одной стороны, затем, выколов, захватить леватор с фасцией с другой стороны. При выполнении этого момента нужно следить за тем, чтобы не прошить нечаянно прямую кишку, которая находится как раз посредине между леваторами. Рекомендуется захватывать поверхностно в шов клетчатку впереди кишки (рис. 127) для того, чтобы под швами не оставалось пустых пространств, в которых могут образоваться небольшие гематомы.

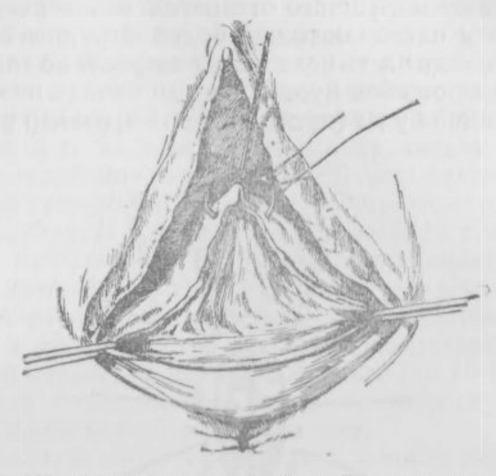


Рис. 127. Кольпоперинеоррафия. Лигатура проведена под оба леватора. Посредине прихвачена клетчатка впереди прямой кишки.

Проведя под леваторы три толстые кетгутовые лигатуры, их сразу не завязывают, а берут каждую из них в зажим Пеана (на каждую лигатуру по пеану) и приступают к соединению краев влагалища при помощи узловых кетгутовых лигатур или непрерывного кетгутового шва. Когда часть влагалищной раны уже зашита и шов приближается к верхней из лигатур, наложенных на леваторы, лигатуры, сближающие последние, завязывают (рис. 128). Далее продолжают зашивать края влагалища, пока шов не доходит до границы кожи промежности (или больших губ). Таким образом создается новая задняя спайка.

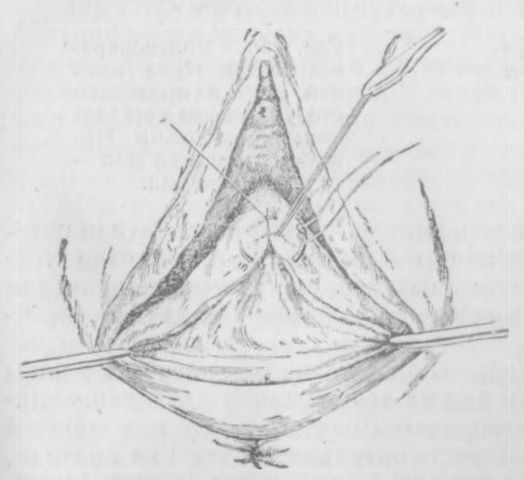


Рис. 128. Кольпоперинеоррафия. Спереди видна одна из лигатур, соединяющих края влагалищной раны (I)—место будущей задней спайки. Наложены погружные лигатуры на клетчатку и мышцы промежности.

На клетчатку и поверхностные мышцы промежности накладывают ряд узловых погружных швов из тонкого кетгута (рис. 129). Края кожной раны (кожа промежности) соединяют обычно металлическими скобками Мишеля или узловыми шелковыми лигатурами (рис. 130).

При зашивании разрыва промежности нужно следить за тем, чтобы не слишком сузить вход во влагалище у женщины, живущей половой жизнью. Задняя спайка (вновь образованная) должна быть ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала. В противном случае не только будет затруднен половой акт, но при мочеиспускании часть мочи может затекать во влагалище. Во избежание подобных ошибок нужно еще до начала отсепаровки лоскута проверить, каков будет (приблизительно) размер входа во влагалище после опе-

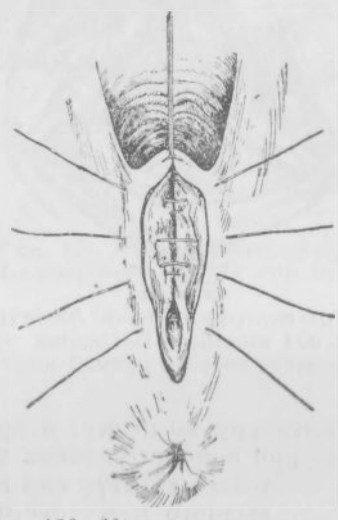


Рис. 129. Кольпоперинеоррафия. Соединены лигатурами ножки леваторов.

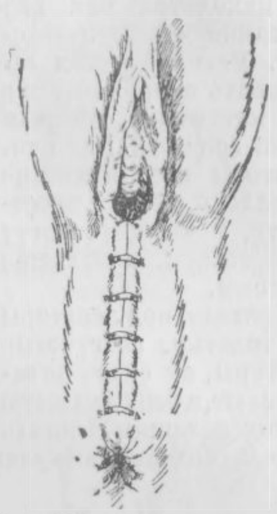


Рис. 130. Кольпоперинеоррафия. Края кожной раны на промежности соединены металлическими скобками Мишеля; последний шов — кетгутовый.

рации. Для этого нужно сблизить концы пулевых щипцов (или кохеров), которыми отмечено основание подлежащего отсепаровке треугольного лоскута. Выше сближенных концов пулевых щипцов (или кохеров) должно остаться отверстие, проходимое для двух поперечных пальцев.

С особой тщательностью должны быть наложены погружные швы при наличии rectocele. Как бы ни был велик размер удаленного лоскута и насколько бы удовлетворительным ни казался вид зашитой промежности непосредственно после операции, почти как правило, образуется вновь выпячивание прямой кишки через заднюю стенку влагалища, если не восстановлено в достаточной степени тазовое дно.

Иногда при наложении скобок или швов на кожу промежности наблюдается слишком большое натяжение кожи, мешающее сближению краев. В этих случаях нужно снять ногодержатели или развязать ноги больной (если ногодержателя нет), несколько разогнуть их в тазобедренных суставах и сблизить колени; благодаря этому

приему натяжение кожи промежности уменьшается, и края раны хорошо сближаются.

Послеоперационный уход после зашивания старого разрыва промежности имеет огромное значение.

Желательно, чтобы в течение 5 дней после операции больная не имела стула. Раньше для этого давали больной в течение этого времени ежедневно опий. Мы этого в настоящее время не делаем, но держим больную почти на голодной диэте. Ей дают пить в любом количестве сладкий чай, морс, кофе и т. п., разрешают бульон, кисели и тому подобные жидкие блюда, не дающие каловых масс. С третьего дня можно давать по одному белому сухарю два раза в день. Больные охотно и легко переносят такую диэту. В течение первых 6 дней не следует по возможности вводить газоотводные трубки и ставить клизмы. На 5-й день после операции дают больной поесть (легкий послеоперационный стол — каша, протертое мясо, супы, сухари, фруктовое пюре, яйцо всмятку и т. п.) и после обеда назначают слабительное (средние соли, Ol. Ricini, лакричный порошок). Ежедневно (до 10-го дня) мы даем больной легкое слабительное для того, чтобы стул был жидкий и испражнение проходило без напряжения.

После мочеиспускания больную следует подмывать, а после подмывания осторожно стерильной марлей обсушивать промежность. Полезно смазывать промежность стерильным вазелиновым маслом. Если больная сама не мочится, то мочу нужно спускать катетером. Эту маленькую манипуляцию нужно делать (особенно ночью) с большой осторожностью, так как неумелое введение катетера и грубое разведение половой щели может помешать гладкому заживлению.

Для того, чтобы обеспечить ране полный покой, обычно связывают больной ноги в коленях на 5 дней. Ноги завязывают не туго полотенцем в виде восьмерки. Для подмывания и для спускания мочи ноги развязывают. Сгибать ноги в коленях и тазобедренных суставах разрешается с первого дня после операции. Спокойным и вполне сознательным больным можно ноги связывать только на ночь.

На 6-й день после операции нужно снять швы с промежности.

Швы нужно обязательно снимать в перевязочной на гинекологическом кресле — это удобнее и бережнее. После снятия швов полезно ежедневно смазывать линию шва (уколы) иодной настойкой, а всю промежность — стерильным вазелиновым маслом.

Если, кроме зашивания старого разрыва промежности, производят и другие влагалищные операции по поводу опущения и выпадения половых органов (передняя кольпоррафия, ампутация шейки, интерпозиция и т. п.), то зашивание промежности делают, само собой разумеется, в последнюю очередь.

Основные моменты операции зашивания неполного разрыва промежности (colpoperineorrhaphia): 1) дезинфекция кожи, вульвы и влагалища, 2) «одевание» больной (защита операционного поля), 3) наложение пулевых щипцов на концы основания лоскута (треугольного) и поперечный разрез на границе между кожей промежности и слизистой влагалища, 4) отсепаровка лоскута снизу вверх (или очерчивание ножом границ лоскута и отсепаровка сверху), 5) швы на mm. levatores ani, 6) соединение краев влагалища, 7) дополнительные погружные швы на клетчатку и поверхностные мышцы промежности, 8) швы на кожу промежности.

Образец описания операции кольпоперинеорафии

1. Показания. Наличие большого разрыва промежности с расхождением леваторов, зияние половой щели, бели.

2. Наркоз. За полчаса до операции введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1%. Инфильтрационная анестезия (с анестезией n. pudendi) 0,25% раствором новокаина (с адреналином 1:1 000). Всего израсходовано до 100 см³ раствора новокаина и 10 капель адреналина.

3. Операция. Сделан ножом поперечный разрез на границе между кожей промежности и слизистой оболочкой влагалища и снизу произведена отсепаровка треугольного лоскута отчасти тупым путем, отчасти ножом или ножницами. Обращало на себя внимание наличие множества мощных рубцов, которые приходилось рассекать, и венозное кровотечение вследствие значительного развития варикозно расширенных вен.

Кровотечение тщательно остановлено.

Леваторы вместе с фасциями соединены при помощи трех узловых кетгутовых швов. Края влагалища соединены непрерывным кетгутовым швом. На клетчатку и поверхностные мышцы промежности наложен ряд узловых швов из тонкого кетгута.

Края кожной раны на промежности соединены пятью металлическими скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 20 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

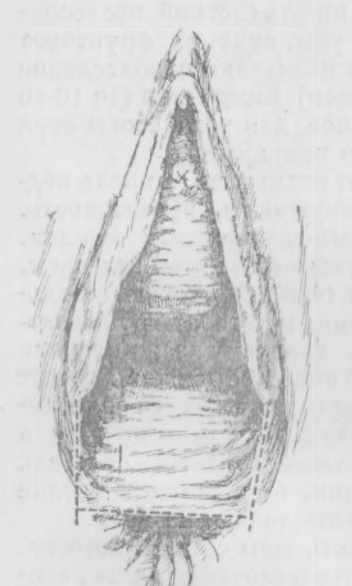


Рис. 131. Зашивание полного разрыва промежности. Пунктиром указана линия разреза.

Операция при полном разрыве промежности. Подготовка кишечника перед операцией зашивания полного разрыва промежности, особенно когда разорвана и прямая кишка, должна быть особенно тщательной (см. стр. 11).

При зашивании полного разрыва промежности мы всегда начинаем отсепаровку влагалищного лоскута снизу. Пулевыми щипцами (или кохерами), наложенными на кожу, растягивается слизистая оболочка влагалища и рубец тотчас над задним проходом или, вернее, над входом в прямую кишку (рис. 131).

Ножом осторожно делается поперечный разрез на границе между слизистой оболочкой влагалища и слизистой оболочкой прямой кишки. При разрезе нужно остерегаться ранения прямой кишки. После проведения разреза нужно ножницами или ножом (рис.132) осторожно отсепаровать от передней стенки прямой кишки слизистую оболочку влагалища, помогая себе пальцем, заведенным за отсепаровываемый лоскут. Время от времени можно в дополнение к острой отсепаровке ножом или ножницами тупо отсепаровывать пальцем, обернутым в марлевую салфетку. Целью отсепаровки лоскута является обнажение разошедшихся концов разорванного сфинктера заднего прохода и придание

подвижности краям разорванного участка прямой кишки (если последняя разорвана).

Разрыв прямой кишки можно зашить двояким способом.

Первый способ заключается в том, что края прямой кишки после снятия лоскута (освежения) соединяют отдельными погружными кетгутовыми швами, как показано на рис. 133, причем не следует ни в коем случае прокалывать насквозь (в просвет кишки) слизистую оболочку прямой кишки. После наложения швов до кожи заднего прохода все лигатуры коротко срезают и приступают к следующему моменту операции.

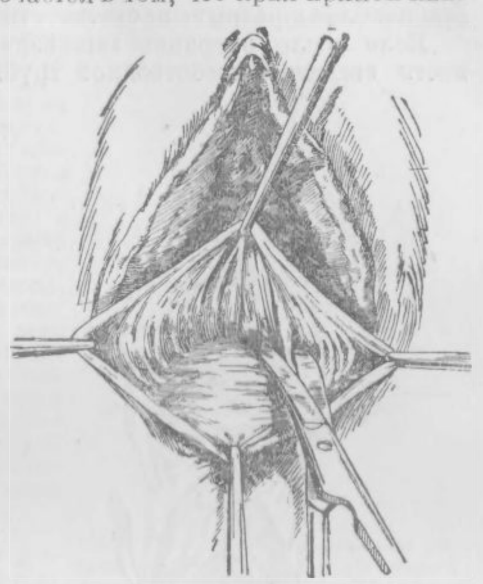


Рис. 132. Зашивание полного разрыва промежности. Отсепаровка слизистой оболочки влагалища от передней стенки прямой кишки.

Второй способ заключается в следующем: лигатуры (тонкий шелк) проводят через всю толщу стенки кишки (в том числе и через слизистую) и завязывают со стороны просвета кишки (рис. 134); лигатуры не срезают и концы их выводят через задний проход (рис.135). В послеоперационном периоде они сами отходят или их подтягивают и срезают на 9—10-й день после операции.

Преимущество второго способа заключается в большей прочности (надежности) нерассасывающихся шелковых лигатур, и, следовательно, в большей уверенности в том, что края разорванной кишки срастутся. Мы предпочитаем второй способ.



Рис. 133. Зашивание полного разрыва промежности. Края разорванной прямой кишки сшиваются шелковыми лигатурами, проникающими в просвет кишки. Лигатуры завязываются со стороны просвета прямой кишки.

Каким бы способом ни зашивалась кишка, по окончании этого момента операции следует переменить перчатки или помыть руки и сменить инструменты. Далее приступают к соединению при помощи узловатого шва концов разошедшегося сфинктера. Для шва мы применяем крепкий, выше средней толщины, кетгут. Этот шов имеет большое значение для правильной функции заднего прохода, и его нужно наложить с большим вниманием. Иглой нужно захватить значительный участок ткани, содержащий концы разорванного сфинктера. Конец иглы должен быть выведен у самой кожи (рис. 136).

Над швами, соединяющими края кишки, следует наложить вто-

рой ряд подкрепляющих кетгутовых швов на параректальную клетчатку. Далее, если нужно, удаляют в соответствии с особенностями случая лоскут большей или меньшей величины из отсепарованного участка задней стенки влагалища, и операция продолжается, как при неполном разрыве промежности (см. выше).

Если после операции зашивания неполного разрыва промежности введение газоотводной трубки и назначение клизм в пос-



Рис. 134. Зашивание полного разрыва промежности. Сфинктер заднего прохода восстановлен. Задний проход принял нормальный вид.

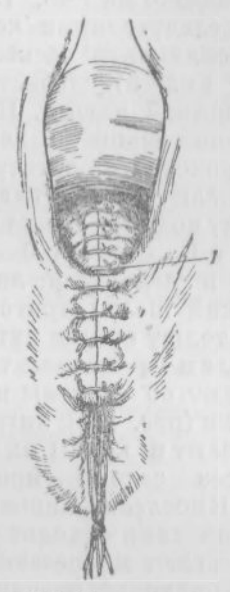


Рис. 135. Зашивание полного разрыва промежности. Края кожной раны на промежности соединены узловыми шелковыми лигатурами. В заднем проходе видны концы лигатур, которыми зашита кишка.
1—последний из кетгутовых швов, соединяющих края влагалищной раны.

леоперационном периоде нежелательны, то после зашивания полного разрыва промежности, а тем более после разрыва прямой кишки, они категорически должны быть запрещены. В остальном послеоперационный уход и диэта ничем не отличаются от ухода после кольпоперинеоррафии. Наложенные на края кишки швы, концы которых выведены в anus, постепенно сами отходят во время испражнения, а на 9—10-й день после операции неотошедшие еще лигатуры могут быть подтянуты и срезаны. Обычно во время подтягивания швы сами отходят.

Швы с промежности следует, как и при неполном разрыве, снять на 6-й день. Исход операции по поводу полного разрыва про-

межности и прямой кишки вбольшой степени зависит от тщательности послеоперационного ухода.

Основные моменты операции зашивания полного разрыва промежности: 1) дезинфекция кожи, вульвы, влагалища и заднего прохода, 2) «одевание» больной (защита операционного поля), 3) поперечный разрез между двумя пулевыми щипцами (или кохерами) на границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и слизистой оболочкой прямой кишки, 4) отсепаровка стенки влагалища и рассечение рубцов (мобилизация краев прямой кишки в области разрыва, 5) зашивание разрыва кишки, 6) сшивание концов разорванного наружного сфинктера заднего прохода, 7) второй слой погружных швов (над швами, соединяющими края кишки), 8) швы на mm. levatores ani (если нужно), 9) удаление при помощи ножниц лоскута (треугольного) из отсепарованной задней стенки влагалища, 10) соединение краев влагалища, 11) дополнительные погружные швы на клетчатку и поверхностные мышцы промежности, 12) швы на кожу промежности.

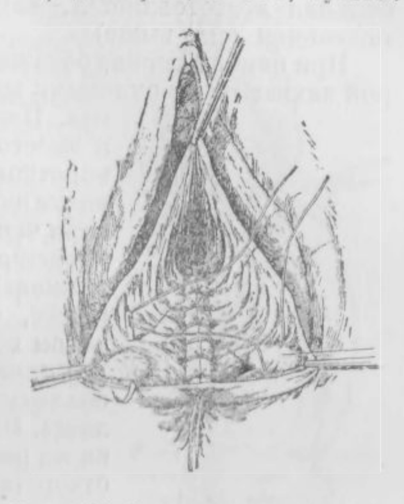
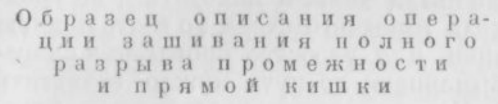


Рис. 136. Зашивание полного разрыва промежности. Кишка зашита. Концы лигатур выведены в задний проход. Восьмиобразным швом соединяются концы разорванного sphincter ani externi. Игла выкалывается на самой границе с кожей в области заднего прохода.



Образец описания операции зашивания полного разрыва промежности и прямой кишки

1. Показания. Недержание газов и кала.

2. Наркоз. За полчаса до операции введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1%; дан общий эфирный наркоз. Общее количество эфира — 55 см³. Продолжительность наркоза — 35 минут. Наркоз протекал без осложнений.

3. Операция. К описанию прибавляют по сравнению с операцией при неполном разрыве промежности моменты зашивания кишки и шов на наружный сфинктер заднего прохода (см. выше).

Продолжительность операции — 25 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

б) Операция при опущении передней стенки влагалища (Colporrhaphia anterior)

При опущении передней стенки влагалища без сколько-нибудь значительного опущения стенки мочевого пузыря оперативное вмешательство обыкновенно ограничивается вырезыванием из передней стенки влагалища овального лоскута и соединением краев разреза. Следует здесь же подчеркнуть, что пластика передней стенки влагалища почти никогда не является единственной (изолированной) операцией; обычно одновременно восстанавливается старый разрыв промежности и тазовое дно и во многих случаях предпринимаются операции, исправляющие положение матки или фиксирующие последнюю (см. ниже). Это объясняется тем, что почти никогда не наблю-

дается изолированное опущение передней стенки влагалища без других патологических изменений того же порядка со стороны половых органов.

Перед операцией по поводу опущения передней стенки влагалища больная подготовляется, как перед любой другой влагалищной операцией (см. выше).

При помощи зеркал обнажают шейку матки, переднюю губу которой захватывают пулевыми щипцами или щипцами Мюзо или Дуайена. Переднее зеркало (подъемник) вынимают, а вместо длинного заднего зеркала вводят короткое зеркало Дуайена (или Фрича). Шейку матки низводят ко входу во влагалище, благодаря чему передняя стенка влагалища вывертывается наружу и складки на ней (rugae) разглаживаются. Прежде чем приступить к операции, следует еще раз хорошо промазать иодом все складки на влагалище и вульве. Далее намечается предполагаемый к удалению овальный лоскут на передней стенке влагалища. Верхний угол лоскута должен находиться на расстоянии не менее 2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала. Нижний конец овала должен находиться на уровне перехода переднего свода во влагалищную часть шейки. Для удобства проведения разрезов и отсепаровки лоскута нужно захватить зажимом Кохера стенку влагалища у верхнего конца овала (рис. 137). Кохер и щипцы, за которые шейку низводят ко входу, передают ассистенту (второму), а хирург очерчивает лоскут двумя полулунными разрезами (рис. 144). Разрез должен быть проведен таким образом, чтобы он не был слишком глубоким (мочевой пузырь!), а с другой стороны — чтобы он не был слишком поверхностным. В последнем случае слизистая влагалища будет плохо отходить, плохо отсепаровываться. Разрез считается правильным, если он доходит до рыхлой клетчатки, которая находится под стенкой влагалища и впереди апоневротического листка, находящегося между передней стенкой влагалища и мочевым пузырем (septum vesigo-vaginale). Если разрез доходит до слоя рыхлой клетчатки, то края разреза хорошо расходятся, причем расхождение равно 0,5—1 см, что свидетельствует о надлежащей глубине разреза (рис. 144). Первый помощник должен все время вытирать кровь, чтобы хирург хорошо видел раневую поверхность. После того как лоскут надлежащим образом очерчен на всем протяжении, приступают к отсепаровке его. Обычно отсепаровка начинается с верхнего конца. Хирург, придерживая конец овала острым пинцетом, осторожно начинает ножом подсе-

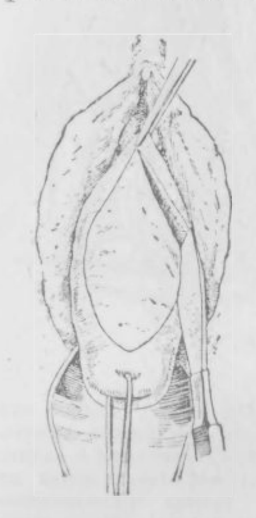


Рис. 137. Передняя кольпоррафия. Шейка матки низведена ко входу во влагалище и оттянута кзади. Передняя стенка влагалища вывернута. Очерчен овальный лоскут. Слева разрез доведен до пузырно-влагалищной перегородки (septum vesico-vaginale), вследствие чего края разреза значительно разошлись.

кать клетчатку под лоскутом. Когда верхний конец лоскута отсепарован, его захватывают одним или двумя зажимами Пеана или Кохера и осторожно сдирают книзу, помогая то ножом, то комком марли (рис. 138). Если отслойка идет в правильном слое, то кровотечение при этом бывает небольшим. Чрезмерно обильное кровотечение свидетельствует о том, что правильный слой потерян и поранено венозное сплетение, окутывающее влагалище. После удаления лоскута следует тщательно остановить кровотечение.



Рис. 138. Передняя кольпоррафия. Отсепаровка лоскута.

Если опущение стенки влагалища небольшое и размеры удаленного лоскута невелики, то достаточно соединить края влагалищной раны непрерывным кетгутовым швом, как показано на рис. 139. Иглой нужно прихватывать и septum vesico-vaginale.

Если удаленный лоскут велик (при значительном опущении), то рациональнее шить в два слоя. Одним швом (непрерывным кетгутовым) суживается septum vesico-vaginale, а другим швом соединяются края влагалищной раны (рис. 139).

Если при опущении передней стенки влагалища матка не опущена и плохо низводится ко входу, то не следует во что бы то ни стало низводить шейку. Для удобства удаления лоскута и наложения шва в этих случаях нужно захватить вторым кохером стенку влагалища в переднем своде (у нижнего конца овала), а щипцы, захватывающие шейку, снять.

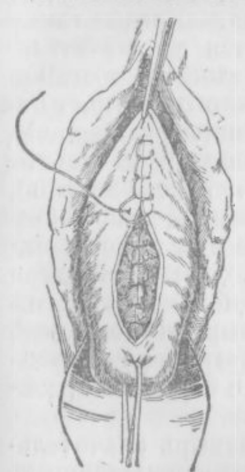


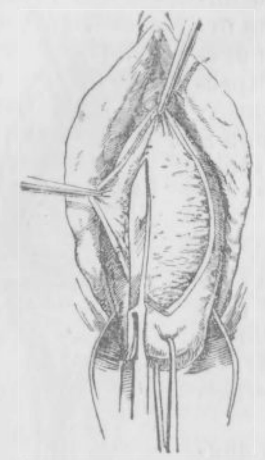
Рис. 139. Передняя кольпоррафия. Соединение краев влагалища при помощи непрерывного шва (реверденовского). В глубине виден шов, наложенный на septum vesico-vaginale.

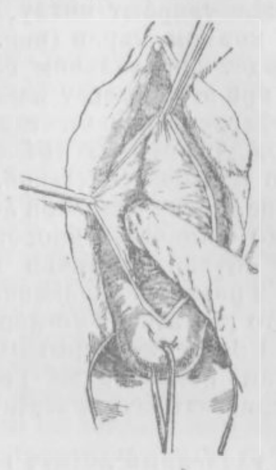
Непрерывную лигатуру следует все время хорошо затягивать для лучшей остановки кровотечения. Однако чрезмерное натяжение может вызвать анемию и некроз краев разреза.

в) Операция при опущении передней стенки влагалища и одновременном опущении стенки мочевого пузыря (cystocele)

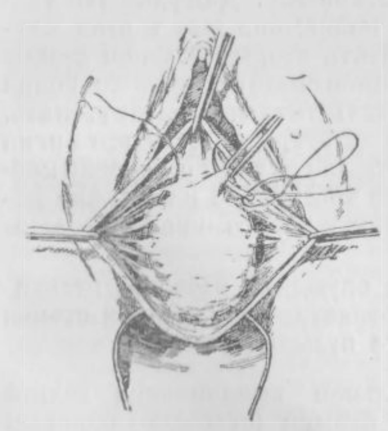
При значительном выпячивании задней стенки мочевого пузыря (cystocele) одновременно с опущением передней стенки влагалища обычной передней кольпоррафии, т. е. пластики влагалища, бывает недостаточно. При наличии cystocele операция видоизменяется следующим образом. Выкраивают овальный лоскут из передней стенки влагалища, как описано выше. После удаления лоскута края влагалищной раны на всем протяжении разре-

за отсепаровывают в стороны на 1—1,5 см как показано на рис. 140 и 141. Ножом надсекают рыхлые соединительнотканные во-


Рис. 140. Передняя кольпоррафия. Отсепаровка в стороны краев влагалища после удаления лоскута.


Рис. 141. Передняя кольпоррафия. Отсепаровывание краев влагалища после удаления лоскута.

локна, соединяющие стенку влагалища с septum vesico-vaginale, и пальцем, обернутым в марлю, тупо, но деликатно, отсепаровывают стенку влагалища. Когда таким образом, обнажается на значительном расстоянии выпячивающаяся задняя стенка мочевого пузыря с покрывающей ее septum vesico-vaginale, необходимо уменьшить выпячивание мочевого пузыря («у ш и т ь» пузырь), либо при помощи непрерывного кетгутового шва, либо при помощи кисетного шва (рис. 142). Благодаря этому не только уменьшается выпячивание мочевого пузыря, но последний получает добавочную опору в утолщенной («у ш и т о й») апоневротической пластинке.


Рис. 142. Передняя кольпоррафия. Ушивание septi vesico-vaginalis (задней стенки мочевого пузыря) при помощи кисетного шва.

Если мочевой пузырь значительно опущен, то полезно отсепаровать его от шейки и «п о д н я т ь» до переходной брюшинной складки (plica vesico-uterina), как это делается, например, при кольпоцелиотомии (стр. 60), и затем ушить пузырно-влагалищную перегородку непрерывным или кисетным швом, как только что было описано. Для того, чтобы поднять мочевой пузырь (отсепаровать), нужно по-

сле снятия влагалищного лоскута и дополнительной отсепаровки краев влагалищной раны ножницами перерезать соединительнотканную связь между septum vesico-vaginale и шейкой и затем тупым путем отделить стенку мочевого пузыря от передней поверхности шейки[1]. Таким образом, можно переместить мочевой пузырь несколько кверху и фиксировать его в таком положении. После ушивания мочевого пузыря соединяются непрерывным швом края влагалищной раны.

г) Передняя кольпорафия одновременно с ампутацией шейки

Если одновременно с передней кольпорафией нужно ампутировать патологически измененную или элонгированную (удлиненную) шейку, то сначала нужно выполнить пластику влагалища (кольпорафию), а ампутацию сделать после этого. Само собой разумеется, что для высокой ампутации шейки нужно отсепаровать мочевой пузырь, как описано выше.

Основные моменты операции передней кольпорафии (colporrhaphia anterior): 1) дезинфекция кожи внутренней поверхности бедер, промежности, вульвы и влагалища, 2) «одевание» больной (защита операционного поля стерильным бельем), 3) обнажение шейки матки зеркалами и захватывание шейки щипцами, 4) удаление переднего зеркала и смена длинного заднего зеркала на короткое зеркало Дуайена или Фрича, 5) низведение шейки ко входу во влагалище и кзади, 6) выкраивание овального лоскута из передней стенки влагалища, 7) снятие (отсепаровка) лоскута, гемостаз; 8) отсепаровка краев влагалищной раны (если нужно), 9) отслойка мочевого пузыря (если нужно), 10) ушивание апоневротической перегородки между мочевым пузырем и влагалищем (septum vesico-vaginale) непрерывным или кисетным кетгутовым швом (если нужно), 11) соединение краев влагалищной раны, 12) ампутация шейки (если нужно) см. «Ампутация шейки».

При опущении стенок влагалища, мочевого пузыря и матки обычно вполне достаточно бывает правильно выполненного комплекса операций, состоящего из передней кольпорафии и пластики промежности (кольпоперинеоррафии). Надежность операции увеличивается благодаря ушиванию septi vesico-vaginalis и ампутации удлиненной шейки. Этим комплексом операций можно ограничиться даже при начальных степенях выпадения матки.

Непременным условием, обеспечивающим длительный эффект после этих операций, является рационализация образа жизни и труда оперированных женщин. Работа (бытовая или профессиональная), связанная с поднятием тяжестей или иным значительным физическим напряжением, должна быть запрещена. Этих женщин следует по возможности переводить на более легкую работу.

6. ОПЕРАЦИИ УКОРОЧЕНИЯ КРУГЛЫХ СВЯЗОК, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ МАТКИ ПРИ РЕТРОДЕВИАЦИЯХ (ОТКЛОНЕНИИ ИЛИ ПЕРЕГИБЕ КЗАДИ)

Сравнительно редко приходится оперировать исключительно по поводу подвижного отклонения матки кзади (retroversio-flexio uteri

---

[1] Подробнее о технике отсепаровки мочевого пузыря см. выше стр. 59 и ниже стр. 33 и главу о случайном ранении смежных органов.

mobilis). Обыкновенно исправление положения матки является операцией, дополняющей комплекс влагалищных операций, направленных к поддержанию матки при помощи пластики влагалища и восстановления тазового дна.

Сравнительно часто приходится исправлять ретродевиацию в случаях, когда она зависит от периметрических спаек, фиксирующих матку кзади. В этих случаях исправление положения матки является лишь частностью, отдельным (обычно заключительным) моментом основной операции, предпринимаемой по поводу старого, давнишнего воспаления придатков матки, послужившего причиной неправильного и фиксированного положения матки. В этих случаях при помощи укорочения круглых связок достигается исправление положения матки, а связки используются для перитонизации культей после удаления придатков (труб).

В очень редких случаях укорочение круглых связок производится по поводу бесплодия, если причиной последнего является неправильное положение матки.

Для исправления ретродевиации матки предложено множество операций. Мы ограничиваемся в огромном большинстве случаев следующими операциями.

а) Укорочение связок по Менге

В техническом отношении эта операция чрезвычайно проста и заключается в следующем. На некотором расстоянии (3—5 см) от угла

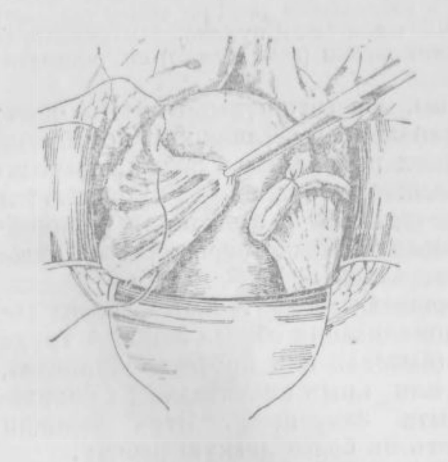


Рис. 143. Укорочение круглых связок по Менге.

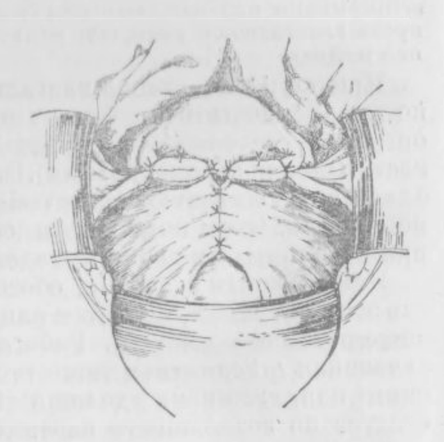


Рис. 144. Укорочение круглых связок по Менге.

матки захватывают с обеих сторон пинцетом или зажимом Кохера круглую связку и вытягивают ее в петлю под острым углом. Обе стороны образовавшейся петли сшивают несколькими узловыми кетгутовыми швами (рис. 143). Круглую связку нельзя захватывать кохером или прошивать более, чем на треть ее толщины, чтобы не зажать проходящей в ней артерии (a. spermatica externa). Благодаря об-

разовавшейся петле круглая связка укорачивается. Обе петли круглых связок пришивают кетгутовыми лигатурами к передней поверхности матки почти у самого дна (рис. 144), а вершины петель соединяют одним швом между собой. Ввиду того, что вместе с круглыми связками перегибается и брюшина широкой связки, после пришивания петли круглой связки к матке образуется нечто вроде кармана между передней поверхностью матки и складкой широкой связки. Для уничтожения этих карманов можно наложить несколько кетгутовых швов, как показано на рис. 144.

Основные моменты операции укорочения круглых связок по Менге (abrevatio ligg. rotund. uteri modo Menge per abdomen): 1) дезинфекция кожи передней стенки живота, 2) защита операционного поля стерильным бельем («одевание» больной), 3) разрез по linea alba (или поперечный разрез по Пфанненштилю) и вскрытие брюшной полости, 4) образование петель из обеих округлых связок, 5) пришивание петель круглых связок к передней стенке матки, 6) пришивание складки широкой связки (с обеих сторон) к брюшине передней стенки матки, 7) закрытие брюшной раны.

б) Укорочение круглых связок по Бальди-Дартигу

Операция производится следующим образом. Указательным и большим пальцами руки захватывают яичник и трубу, которые оттягивают в сторону и несколько кверху от матки, благодаря чему широкая связка растягивается и в ней просвечивают мелкие сосуды. Несколько ниже lig. ovarii proprium (собственно яичниковой связки) листки широкой связки ближе всего подходят друг к другу и почти не имеют сколько-нибудь крупных сосудистых веточек. В этом месте, несколько отступя от ребра матки, чтобы не поранить восходящую ветку маточной артерии (a. uterina), проделывают длинным кохером отверстие, через которое концом зажима захватывают круглую связку на расстоянии 3—4 см от угла матки (рис. 145). Петлю круглой связки выводят через отверстие в широкой связке на заднюю поверхность матки, где ее сшивают узловыми швами из толстого кетгута с петлей круглой связки противоположной стороны; кроме того, петли круглых связок пришивают к задней стенке матки почти на уровне отхождения собственно яичниковых связок (рис. 146.)

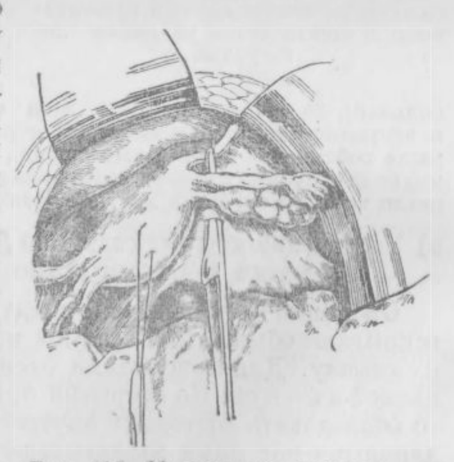


Рис. 145. Укорочение круглых связок по Бальди. В широкой связке, ниже собственно яичниковой связки, проделывается окно, через которое проводится петля круглой связки на заднюю поверхность тела матки.

Операция Бальди-Дартига очень изящна и вполне достигает своей цели — удержания матки в положении anteversio. Ввиду того, что

эта операция производится обычно у женщин в чадородном возрасте, во время операции нужно с большой бережностью обращаться с трубами.

Если укорочение связок по Бальди-Дартигу производится после удаления труб или придатков (труб и яичников) с одной или с обеих сторон, то петлями круглых связок можно, не проводя их через отверстия в широкой связке, закрыть культи удаленных придатков. Таким образом, можно одновременно с укорочением круглых связок использовать последние в целях перитонизации. Само собой разумеется, что операции Бальди-Дартига и Менге производят со стороны брюшной полости, т. е. per abdomen (через брюшностеночное чревосечение).

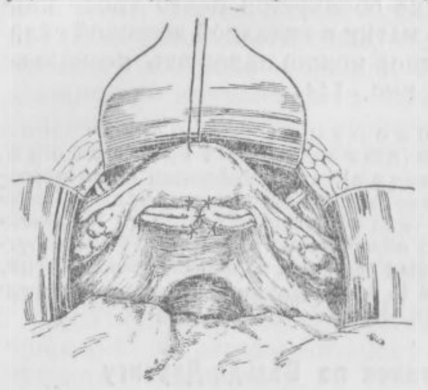


Рис. 146. Укорочение связок по Бальди. Выведенные на заднюю поверхность петли круглых связок сшиваются между собой и пришиваются к стенке матки узловыми лигатурами.

Основные моменты операции укорочения круглых связок по Бальди-Дартигу (abrevatio ligg. rotund. uteri modo Baldy-Dartigues): 1) дезинфекция кожи передней стенки живота, 2) защита операционного поля («одевание» больной), 3) разрез по linea alba или поперечный (по Пфанненштилю) и вскрытие брюшной полости, 4) образование отверстий в широкой связке ниже собственно яичниковых связок, 5) захватывание и проведение петли круглой связки (с каждой стороны) на заднюю поверхность матки, 6) фиксация петли круглой связки к матке (с обеих сторон), 7) закрытие брюшной раны.

в) Укорочение круглых связок по Долери-Джильяму или вентросуспензия матки (Ventrosuspensio uteri modo Doleris-Gilliam)

Операция производится следующим образом. Брюшную стенку вскрывают обычно по linea alba между симфизом и пупком — ближе к симфизу. Для выполнения операции достаточен небольшой разрез длиной в 6—8 см. По вскрытии брюшной полости следует прежде всего обследовать состояние внутренних половых органов, после чего длинными кохерами захватывают с обеих сторон круглые связки на некотором расстоянии (5—6 см.) от угла матки. Далее, проделывают ножом небольшое отверстие в апоневрозе прямой мышцы живота с одной стороны, а кохером тупо проделывают ход в прямой мышце и в пристеночной брюшине (рис. 147). Кохером, которым была захвачена круглая связка, последнюю передают в кохер, проведенный через отверстие в апоневрозе, мышце и брюшине. Петля круглой связки выводится, таким образом, наружу на протяжении нескольких сантиметров. То же проделывают и с другой стороны.

Отверстие в апоневрозе проделывают отступя на 2 см от края разреза.

Для того чтобы петли круглых связок не ушли, нужно, во-первых, не снимать с них кохеров, пока не закрыта брюшная рана до апоне-

броза включительно и, во-вторых, нужно фиксировать каждую петлю к апоневрозу. После того как зашиты пристеночная брюшина, прямые мышцы и апоневроз, петли круглых связок сшивают между собой и с апоневрозом. Таким образом матка несколько приподнимается и висит на круглых связках, имея точкой фиксации брюшную стенку (брюшину, мышцы и апоневроз) (рис. 148).

Операция Долери-Джильяма, как, впрочем, и другие операции укорочения связок, почти никогда не производится изолированно. Почти всегда она производится как заключительный момент после выполнения передней кольпоррафии и восстановления тазового дна по поводу значительного опущения или выпадения матки у женщин

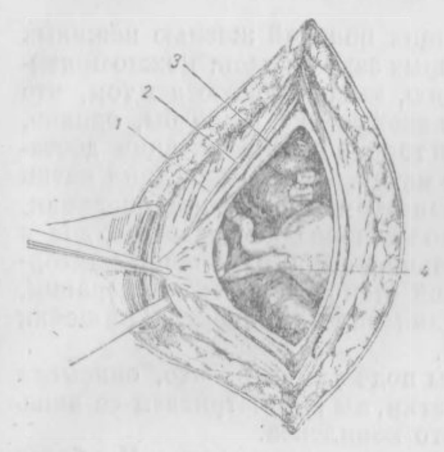


Рис. 147. Вентросуспензия матки за круглые связки по Долери-Джильяму. Через окно, проделанное в апоневрозе (*1*) прямой мышцы (*2*) и париетальной брюшине (*3*), проводится петля круглой связки (*4*)

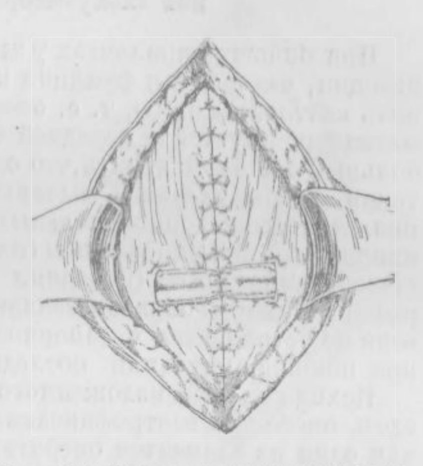


Рис. 148. Вентросуспензия матки за круглые связки по Долери-Джильяму. Выведенные петли круглых связок сшиваются между собой над апоневрозом и фиксируются к апоневрозу.

в чадородном возрасте. Укорочение и перемещение точки фиксации круглых связок не лишают матку подвижности и дают ей возможность изменять свой объем в связи с возможной беременностью и родами.

Отверстие в апоневрозе и ход в прямой мышце нужно проделывать с большой осторожностью, так как в результате чрезмерной травматизации мышцы может образоваться гематома, осложняющая послеоперационное течение.

Некоторые хирурги наблюдали в послеоперационном периоде осложнение в виде ущемления кишок между передней брюшной стенкой и маткой. Мы никогда не встречались с таким осложнением после вентросуспензии матки по Долери.

Основные моменты операции Долери-Джильяма (ventrosuspensio uteri modo Doleris-Gilliam): 1) дезинфекция кожи передней стенки живота бензином, спиртом и йодом, 2) защита операционного поля стерильным бельем («одевание» больной), 3) разрез кожи

и подкожной клетчатки по linea alba между симфизом и пупком, 4) разрез апоневроза, 5) раздвигание прямых мышц живота, 6) вскрытие пристеночной брюшины, 7) образование отверстия в апоневрозе, прямой мышце и брюшине с обеих сторон, 8) проведение петли круглой связки через отверстие в брюшине, мышце и апоневрозе с обеих сторон, 9) фиксация выведенной петли связки к апоневрозу в месте выведения, 10) зашивание брюшины, 11) соединение прямых мышц, 12) зашивание апоневроза, 13) соединение (сшивание) выведенных круглых связок между собой с прихватыванием апоневроза, 14) закрытие кожной раны.

7. ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВЫПАДЕНИЯ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА

а) Вентрофиксация матки по способу Кохера (Ventrofixatio uteri или exohysteropexia modo Kocheri)

При больших пролапсах у живущих половой жизнью пожилых женщин, чадородная функция которых закончилась, можно применить вентрофиксацию, т. е. операцию, заключающуюся в том, что матка фиксируется к передней брюшной стенке. Было бы, однако, большой ошибкой думать, что одной только вентрофиксации достаточно, чтобы удержать выпавшую матку. Вентрофиксация матки является лишь дополнительным моментом к основной операции, направленной к укреплению (или восстановлению) тазового дна и сужению влагалища (передняя кольпоррафия и кольпоперинеоррафия). Равным образом ненадежной становится любая операция, если не устраняется чрезмерное удлинение или гипертрофия шейки при помощи ампутации последней.

Исходя из вышеизложенного, мы подчеркиваем, что, описывая здесь операцию вентрофиксации матки, мы рассматриваем ее лишь как один из элементов оперативного комплекса.

Существует много способов вентрофиксации матки. Наиболее прочным и в то же время несложным является вентрофиксация по способу Кохера, техника которой заключается в следующем.

По linea alba между симфизом и пупком небольшим разрезом (6—8 см) вскрывают брюшную полость. После разведения раны зеркалами петли кишок (в положении Тренделенбурга) отодвигают к диафрагме и тело (дно) матки захватывается пулевыми щипцами и выводится в брюшную рану, после чего больную следует перевести в горизонтальное положение. Пеанами (или кохерами) захватывают края пристеночной брюшины, и брюшная полость закрывается таким образом, что большая часть дна матки лежит экстраперитонеально (внебрюшинно). Это достигается следующим образом. Края пристеночной брюшины сшивают между собой, а в нижнем отделе раны края пристеночной брюшины пришивают к брюшине, покрывающей матку (рис. 149). Края апоневроза (передняя стенка влагалища прямых мышц) соединяют отдельными (узловыми) кетгутовыми лигатурами выше средней толщины, причем лигатурами захватывают и дно матки (рис. 150). Таким образом дно матки фиксируется к пристеночной брюшине и, главное, непосредственно к апоневрозу. При наложении лигатур на матку нужно обращать внимание на то, чтобы не оставалось пустых пространств между маткой и апоневрозом и, кроме того, нужно самым педантичным образом останавливать малейшее

кровотечение. Эти предосторожности предохраняют от образования субфасциальных гематом и обеспечивают гладкое заживление в послеоперационном периоде. Края кожной раны соединяют в обычном порядке.

Если вентрофиксация производится у женщины старше 40 лет, но еще менструирующей, то по выведении матки следует сделать фаллопиевы трубы непроходимыми (см. операцию «Стерилизация»).

Операция вентрофиксации, как видно, является оперативным вмешательством несложным в техническом отношении и должна выполняться четко и с наименьшей затратой времени, так как о н а вы-

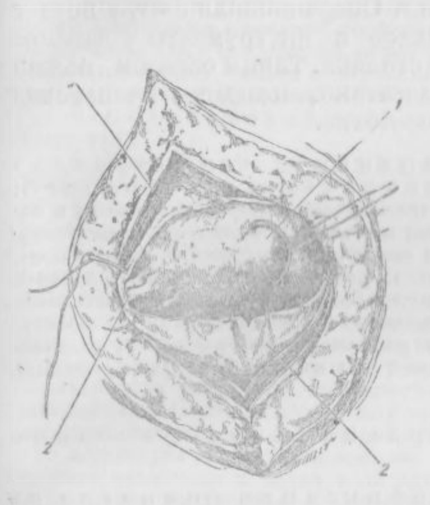


Рис. 149. Вентрофиксация матки по Кохеру. Дно матки (*1*) выведено из брюшной полости и обшито париетальной брюшиной (*2*).

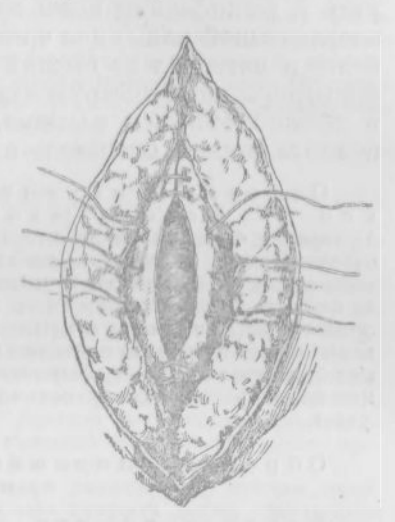


Рис. 150. Вентрофиксация матки по Кохеру. Дно матки пришивается непосредственно к апоневрозу.

п о л н я е т с я п о с л е б о л е е и л и м е н е е д л и т е л ь н о г о в л а г а л и щ н о г о э т а п а о п е р а ц и и. Однако неопытные хирурги нередко усложняют операцию тем, что в погоне за сокращением количества наркотического вещества (например, эфира) пытаются найти и захватить матку, когда больная еще недостаточно глубоко спит или когда действие анестезии уже в значительной степени прошло. В результате манипуляций в брюшной полости и ответной болевой реакции со стороны брюшины брюшная стенка напрягается и петли кишок выпячиваются в брюшную рану. Начинается длительная и излишняя «борьба с кишечником», лишь затягивающая операцию и увеличивающая опасность инфекции. Нужно поставить себе за правило никогда не тратить времени на эту борьбу, дать больной спокойно уснуть и спокойно и аккуратно захватить и вывести матку, после чего наркоз может быть прекращен.

Выше уже упоминалось, что вентрофиксация производится после окончания влагалищной операции. Для того, чтобы на переход

9*

на абдоминальную операцию затрачивалось минимальное время и для достижения максимальной стерильности операционная сестра должна до начала операции приготовить все, что нужно для лапаротомии (вентрофиксации), на отдельном инструментальном столе и закрыть его стерильной простыней. По окончании влагалищной операции больную и стол переводят в положение для лапаротомии, операционная сестра меняет перчатки (или моет руки), а хирурги меняют перчатки и надевают поверх стерильного халата, в котором они оперировали, свежий стерильный халат. Если перчаток нет, то хирурги моют руки и надевают стерильный халат, после чего можно приступить к дезинфекции кожи живота и «одеванию» больной (защита операционной раны) для чревосечения. Операционная сестра подает белье и материал из свежих барабанов и инструменты с заранее приготовленного инструментального столика. Таким образом, можно и должно добиться максимальной асептики, несмотря на переход с влагалищной операции на чревосечение.

Основные моменты операции вентрофиксации по Кохеру (exohysteropexia modo Kocheri): 1) переход с влагалищной операции на чревосечение (перевод больной в соответствующее положение, смена перчаток и халатов, смена инструментального стола и барабанов), 2) дезинфекция кожи живота (бензин, спирт, иод), 3) защита операционного поля («одевание» больной), 4) разрез по средней линии между симфизом и пупком и вскрытие брюшной полости, 5) захватывание матки пулевыми щипцами и выведение ее в брюшную рану, 6) зашивание брюшины при экстраперитонеальном расположении матки, 7) зашивание апоневроза с одновременной фиксацией дна матки, 8) закрытие кожной раны.

Образец описания операции вентрофиксации матки

Ввиду того что вентрофиксация никогда не производится как изолированная операция (см. выше), описание ее должно входить в состав описания всего комплекса операций, выполненных в каждом случае.

1. Показания. Выпадение матки и влагалища и значительное удлинение и гипертрофия шейки матки у женщины 45 лет, живущей половой жизнью и занимающейся физическим трудом.

2. Наркоз. Люмбальная анестезия (Sol. Sovcaini 1% 0,8 см³ или 2,5 см³ Sol. Novocaini 5%) на уровне между II и III поясничным позвонком. Тотчас после введения раствора введен под кожу 1 см³ Coffeini natrio-benzoici 15%; введение кофеина повторно через 20 минут после начала операции. Наркоз протекал без каких-либо осложнений. По окончании влагалищной части операции (через 1 час) пришлось ввиду появления болевой чувствительности, обнаружившейся при вскрытии париетальной брюшины, дополнительно к люмбальной анестезии дать эфирный наркоз (25 см³). После выведения матки в брюшную рану наркоз прекращен. Продолжительность эфирного наркоза — 15 минут

3 Операция. 1. Colporrhaphia anterior. Из передней стенки влагалища выкроен овальный лоскут, верхний полюс которого находится на расстоянии 2 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала, а нижний — несколько ниже перехода переднего свода в portio vaginalis. Ввиду значительного выпячивания передней стенки влагалища и мочевого пузыря (cystocele), наибольший поперечник овального лоскута равнялся 5 см. Лоскут отсепарован острым и отчасти тупым путем. Края влагалища на всем протяжении освеженной поверхности отсепарованы в сторону на 1—1,5 см. Мочевой пузырь отсепарован от шейки матки кверху, благодаря чему выпя-

чивание мочевого пузыря значительно уменьшилось. На стенку мочевого пузыря (на septum vesico-vaginale) наложен кисетный кетгутовый шов, благодаря которому выпячивание пузыря вовсе ликвидировано. Края влагалищной раны соединены непрерывным кетгутовым швом, причем тотчас ниже уровня поднятого кверху мочевого пузыря кетгутовым швом прихвачена передняя стенка шейки. Ввиду того что решено было шейку ампутировать, непрерывный шов закончен, не доходя 3 см до нижнего полюса освеженной поверхности, после чего произведена высокая ампутация шейки.

2. Amputatio colli uteri. Сделан циркулярный разрез сводов на уровне перехода их в portio vaginalis. Перерезана и перевязана клетчатка по обеим сторонам от шейки, причем перерезана и перевязана нисходящая веточка a. uterinae с обеих сторон. Постепенно шейка выделена почти на всем протяжении. Шейка рассечена сбоку на две равные половины, после чего отсечена передняя половина и тремя кетгутовыми лигатурами передний край влагалища соединен со слизистой оболочкой цервикального канала, благодаря чему образована передняя губа нового маточного зева. Отсечена задняя половина шейки и образована задняя губа. Сбоку (на боковые своды) наложено с обеих сторон по три кетгутовых шва.

3. Colpoperineorrhaphia см. образец описания выше (стр. 118).

4. Exohysteropexia (ventrofixatio uteri) modo Kocheri.

Больная переведена в положение для чревосечения. Помыты руки (или сменены перчатки) и надеты стерильные халаты. Сменены инструменты и барабаны с бельем и материалом. Произведена дезинфекция кожи передней брюшной стенки, операционное поле ограждено стерильным бельем. По linea alba сделан между симфизом и пупком разрез длиной в 7 см. По вскрытии брюшной полости матка захвачена в области дна пулевыми щипцами и выведена в брюшную рану. Париетальная брюшина закрыта кетгутовыми швами, причем дно матки на значительном протяжении оставлено внебрюшинно в нижнем углу раны, для чего пристеночная брюшина соединена с брюшиной, покрывающей тело матки. Ввиду того, что женщина еще менструирует, произведена стерилизация по способу Madlener (см. стр. 189).

Апоневроз зашит отдельными кетгутовыми лигатурами, причем лигатурами захвачена и матка в области дна. Кожа закрыта двумя отдельными шелковыми лигатурами и скобками Мишеля. Наложена коллодийная марлевая повязка.

Продолжительность влагалищной операции — 1 час. Продолжительность операции вентрофиксации — 18 минут. Общая продолжительность всей операции 1 час 33 минуты. Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

б) Операция интерпозиции матки (interpositio uteri vesico-vaginalis modo Schauta-Wertheim Александрова).

Операция везико-вагинальной интерпозиции матки заключается в том, что тело матки перемещается таким образом, что мочевой пузырь перемещается на заднюю стенку тела матки, а передняя стенка тела матки, помещенной внебрюшинно, фиксируется к передней стенке влагалища (рис. 151).

Техника операции заключается в следующем. Зеркалами обнажают шейку матки, которую захватывают пулевыми щипцами или щипцами Дуайена и выводят за половую щель и кзади. Из передней стенки влагалища выкраивают, как описано выше, овальный лоскут, который удаляют обычным способом. Края влагалища отсепаровывают в сторону на всем протяжении разреза, благодаря чему облегчается отсепаровка мочевого пузыря.

Далее приступают к отсепаровке мочевого пузыря. Для того,

чтобы правильно и без излишней травмы отсепаровать мочевой пузырь, нужно ножницами перерезать волокна пузырно-влагалищной перегородки (septi vesico-vaginalis) в месте перехода последней на portio vaginalis (рис. 152) и тупо отодвинуть мочевой пузырь от шейки матки. Наблюдающееся при отделении овального лоскута и мочевого пузыря кровотечение должно быть самым тщательным образом остановлено.

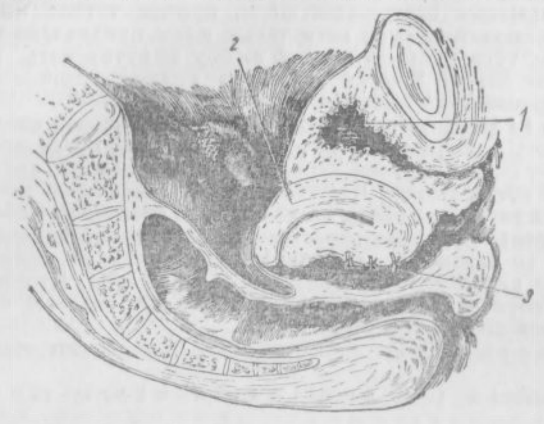


Рис. 151. Пузырно-влагалищная интерпозиция матки. Положение матки после пузырно-влагалищной интерпозиции.

1—мочевой пузырь; 2—матка; 3—передняя стенка влагалища.

Отделение мочевого пузыря может считаться в достаточной степени законченным, когда совершенно ясно обнаружена складка брюшины (plica vesico-vaginalis (рис. 152). Брюшину вскрывают ножницами, причем для того, чтобы край вскрытой пузырной брюшины всегда можно было легко найти, на нее накладывают длинную лигатуру, которая отмечается пеаном. По вскрытии складки в брюшную полость (excavatio vesico-uterina) вводится подъемник, благодаря чему хорошо становится видно на некотором протяжении тело матки. Матку выводят наружу во влагалище. Тело матки может быть легко выведено наружу только при том условии, если одновременно шейка матки будет заведена обратно во влагалище. Для этого нужно снять с шейки щипцы, которыми она была захвачена. Чтобы в любой момент шейку можно было извлечь, на нее перед снятием щипцов накладывают длинную лигатуру («державку»), отмечаемую каким-либо инструментом.

Рис. 152. Пузырно-влагалищная интерпозиция матки. После отсепаровки краев влагалища начато отделение мочевого пузыря от шейки матки при помощи куперовских ножниц.

Тело матки можно вывести во влагалище либо при помощи пулевых щипцов, либо пальцем, заведенным за заднюю поверхность матки и за верхний отдел широкой связки.

После того как тело матки выведено, нужно перевязать трубы лигатурой или произвести стерилизацию по способу Мадленера, если женщина еще менструирует (интерпозиция матки делает невозможными

роды). Для того, чтобы в дальнейшем не травмировать матку пулевыми щипцами, можно наложить лигатуру на дно матки и за нее, как за «д е р ж а л к у», потягивать, когда понадобится, матку. Далее находят (потягивая за лигатуру) пузырную брюшину, растягивают ее двумя пеанами и пришивают отдельными кетгутовыми лигатурами к брюшине задней стенки матки приблизительно на уровне внутреннего зева. Таким образом, матка располагается экстраперитонеально (внебрюшинно).

На мочевой пузырь, вернее на пузырно-влагалищную перегородку (septum vesico-vaginale), накладывают кисетный шов (рис. 153),

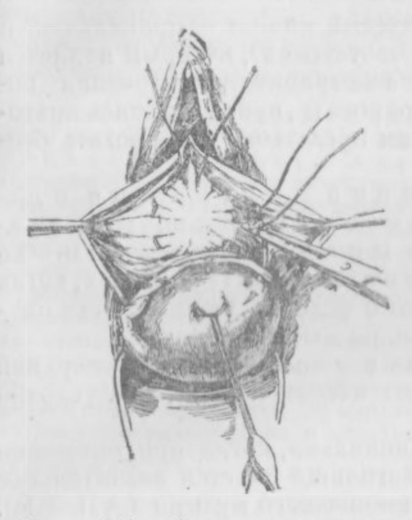


Рис. 153. Пузырно-влагалищная интерпозиция матки. Край брюшины (plicae vesico-uterinae) прошивается узловыми кетгутовыми лигатурами. Задняя стенка мочевого пузыря ушита при помощи кисетного шва.

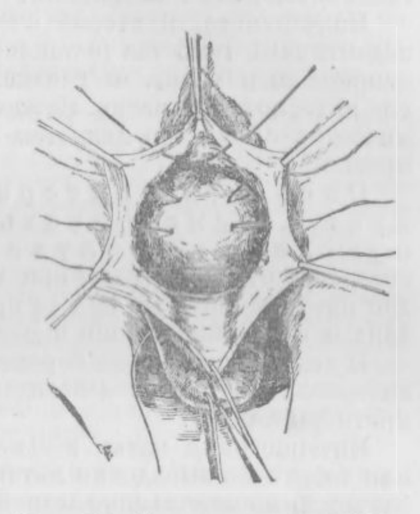


Рис. 154. Пузырно-влагалищная интерпозиция матки. Наложены лигатуры, фиксирующие тело матки к передней стенке влагалища.

которым он несколько ушивается. Прежде чем приступить к дальнейшему моменту операции, необходимо еще раз проверить, все ли сухо, нет ли где-нибудь кровотечения. От тщательного гемостаза будет зависеть течение послеоперационного периода.

Переднюю стенку матки фиксируют рядом толстых узловых кетгутовых лигатур к передней стенке влагалища и таким образом тело матки в то же время прикрывается передней стенкой влагалища (рис. 154). Таким образом, мочевой пузырь перемещается со своего нормального места (впереди шейки матки) на необычное для него место — на заднюю поверхность тела матки и как бы «сидит верхом» на последней. Соответственно этому и тело матки занимает новое положение.

Интерпозиция матки, подобно вентрофиксации является лишь одним из этапов операции по поводу выпадения матки и немыслима без дополнительной и обязательной кольпоперинеорафии, восста-

навливающей по возможности тазовое дно, которое должно служить поддержкой для передней стенки влагалища и для лежащих над ней матки и мочевого пузыря.

Если шейка матки удлинена или гипертрофирована, то ее следует обязательно ампутировать по окончании интерпозиции.

В техническом отношении отслойка мочевого пузыря и вскрытие брюшины является самым ответственным моментом в операции интерпозиции матки. Для того, чтобы не повторяться, отсылаем читателя к стр. 59 и 133 и к главе о случайных ранениях органов при гинекологических операциях.

Подчеркиваем и второй очень важный момент — правильный и педантичный гемостаз (остановку кровотечения), который является непременным условием гладкого послеоперационного течения после интерпозиции матки. Нужно оперировать, придерживаясь анатомических слоев, что является лучшим средством оперировать бескровно.

Операцию интерпозиции матки не следует рассматривать как операцию, пригодную для всех случаев выпадения матки. Ее совершенно не применяют при тотальных (полных) пролапсах, когда дно матки прощупывается за пределами половой щели. В этих случаях после интерпозиции нередко наблюдаются рецидивы.

В тех случаях, когда беременность и роды возможны, операция интерпозиции матки, делающая роды невозможными, безусловно противопоказана.

Интерпозиция матки весьма рациональна, когда при опущении или частичном выпадении матки и влагалища имеется значительное опущение и выпячивание задней стенки мочевого пузыря (cystocele). В этих случаях перемещенная матка является прекрасным пелотом, поддерживающим мочевой пузырь. Восстановленное тазовое дно, в свою очередь, поддерживает матку и мочевой пузырь.

При чрезмерном ожирении брюшной стенки и общем ожирении, делающем рискованным чревосечение, невыгодно делать вентрофиксацию матки или другие абдоминальные операции (например, укорочение круглых связок); в этих случаях можно с успехом сделать интерпозицию, так как влагалищные операции больные переносят лучше, чем абдоминальные чревосечения.

В послеоперационном периоде после интерпозиции нередко наблюдается ишурия (задержка мочеиспускания). Если мочу приходится спускать дольше 3—4 суток, то мочевой пузырь следует промывать ежедневно 2% раствором борной кислоты, пока не наладится нормальное мочеиспускание. Это предохраняет от цистита и ликвидирует ишурию.

После больших влагалищных операций и, в частности, после интерпозиции иногда в послеоперационном периоде наблюдается следующее явление. Больная мочится самостоятельно, но при каждом мочеиспускании она не полностью опорожняет мочевой пузырь. Приходится удивляться, каких размеров может при этом достигнуть переполненный мочевой пузырь. Переполнение мочевого пузыря неблагоприятно отражается на течении послеоперационного

периода и нередко влечет за собой появление цистита. Вследствие переполнения мочевого пузыря может возникнуть так называемая ischuria paradoxa, т. е. наряду с переполнением мочевого пузыря моча по каплям истекает непроизвольно, что заставляет хирурга подозревать травму мочевого пузыря (свищ). Поэтому в послеоперационном периоде необходимо не менее 5 дней измерять суточное количество мочи (следить за диурезом) и при помощи пальпации проверять состояние мочевого пузыря.

После пластических влагалищных операций и в том числе после операции интерпозиции следует долго выдерживать больных в постели и разрешать им вставать и ходить не раньше 10-го дня. Это способствует лучшему заживлению и образованию прочных рубцов.

Основные моменты операции интерпозиции матки (interpositio uteri vesico-vaginalis modo Schauta-Wertheim Александрова): 1) дезинфекция кожи, промежности, вульвы и влагалища, 2) защита операционной раны («одевание» больной), 3) обнажение шейки матки зеркалами, захватывание и низведение ее пулевыми щипцами, 4) выкраивание и отсепаровка овального лоскута из передней стенки влагалища, 5) отсепаровка краев влагалища после удаления лоскута, 6) отсепаровка мочевого пузыря от передней стенки шейки, 7) обнажение и вскрытие брюшинной складки (plica vesico-uterina), 8) выведение матки из брюшной полости, 9) стерилизация (если есть надобность в этом), 10) пришивание пузырной брюшины к задней стенке матки (закрытие брюшной полости), 11) ушивание выпячивающейся задней стенки мочевого пузыря, 12) закрытие влагалищной раны с одновременной фиксацией матки к передней стенке влагалища, 13) ампутация шейки матки (если есть надобность), 14) кольпоперинеоррафия с пластикой леваторов.

Образец описания операции интерпозиции матки

1. Показания. Выпадение матки и влагалища (неполное) при наличии значительной cystocele; удлинение и гипертрофия шейки матки у женщины 47 лет.

2. Наркоз. Люмбальная анестезия (2,5 см³ Sol. Novocaini 5% или 0,8 см³ Sol. Sovcaini 1%) между III и IV поясничным позвонком. Тотчас после введения новокаина (или совкаина) введен под кожу 1 см³ 15% Coffeini natrio-benzoici; введение кофеина повторно через 20 минут.

Анестезия протекала без каких-либо осложнений и продолжалась до конца операции (55 минут).

3. Операция: 1) Из передней стенки влагалища выкроен и отсепарован большой овальный лоскут, верхний полюс которого находится на расстоянии 2 см от orificium externum urethrae, а нижний — несколько ниже переднего свода. Края влагалища на всем протяжении разреза отсепарованы в сторону на 1,5 см. Мочевой пузырь острым путем и отчасти тупо отсепарован от шейки, обнажена plica vesico-uterina и вскрыта брюшина. Матка выведена из брюшной полости. Пузырный край брюшины пришит к задней стенке матки на уровне внутреннего зева тремя кетгутовыми швами. Задняя стенка мочевого пузыря ушита кисетным швом. Края влагалищной раны соединены отдельными кетгутовыми швами, проведенными через переднюю стенку матки, которая таким образом фиксирована к передней стенке влагалища.

2) Сделана высокая ампутация шейки (образец описания см. выше).

3) Восстановлена промежность и тазовое дно (colpoperineorrhaphia) (образец описания см. выше).

Продолжительность операции — 55 минут.

Во время операции обращало на себя внимание значительное развитие варикозно расширенных вен, вследствие чего приходилось обкалывать кровоточащие сосуды отдельными кетгутовыми лигатурами.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).
Номер операционного журнала.

в) Влагалищное удаление матки одновременно с передней кольпоррафией и кольпоперинеоррафией

В случаях тотальных пролапсов с удлиненной и гипертрофированной шейкой и выпавшим влагалищем, склонным к изъязвлению (пролежням), у пожилых женщин, не живущих половой жизнью, рационально удалить матку через влагалище и одновременно резецировать переднюю и заднюю стенку влагалища и восстановить тазовое дно.

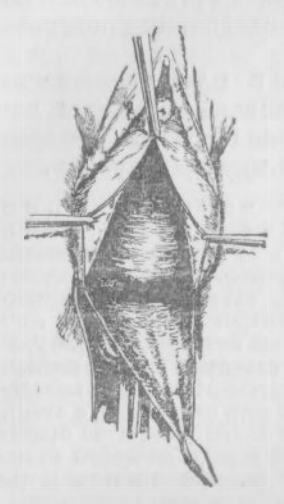


Рис. 155. Влагалищная экстирпация матки с пластикой влагалища и тазового дна (при пролапсе). Из передней стенки выкроен и отсепарован треугольный лоскут.

Техника операции заключается в следующем. Из передней стенки влагалища выкраивают большой треугольный лоскут, вершина которого находится на расстоянии 2 см. от наружного отверстия мочеиспускательного канала, а основание в виде полукольца проходит по переднему своду до середины боковых сводов на уровне перехода последних в шейку матки (рис. 155). Чем больше выпячивание передней стенки влагалища и мочевого пузыря (cystocele), тем больше (шире) должен быть лоскут. Треугольный лоскут отсепаровывают при помощи ножа и отчасти тупо, как это описано выше (см. операцию передней кольпоррафии). После отсепаровки лоскута приступают к отслойке мочевого пузыря, для чего необходимо, как всегда, ножницами рассечь septum vesico-vaginale в том месте, где пузырно-влагалищная перегородка переходит в шейку.

Для того, чтобы отсепаровываемому мочевому пузырю придать большую подвижность, следует рассечь соединительнотканные волокна апоневротической перегородки на нижней границе мочевого пузыря (рис.156). После перерезки апоневротической перегородки мочевой пузырь легко отодвигается пальцами кверху, так как между мочевым пузырем и шейкой находится рыхлая клетчатка. Если дальнейшая отсепаровка мочевого пузыря встречает затруднения, то это зависит всегда не от «особенностей случая», а от того, что хирург попал в неправильный слой. Никогда не следует чрезмерно травмировать ткани, в результате чего образующиеся гематомы еще больше затемняют положение. Нужно тщательно обсушить операционное поле и спокойно разобраться. Для ориентировки можно воспользоваться катетером, введенным в мочевой пузырь.

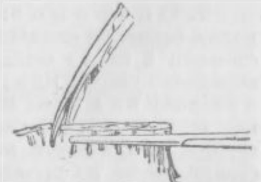


Рис. 156. После наложения зажима и перерезки связки нужно надрезать на некотором протяжении (0,5—1 см) ткань у «носика» зажима перпендикулярно к длиннику последнего.

Если после отсепаровки мочевого пузыря не удается сразу обнаружить брюшинную складку (plica vesico-uterina), можно

воспользоваться следующими приемами. Пулевыми щипцами захватывают спереди шейку в верхнем отделе отсепарованного пространства; подтянув пулевыми щипцами шейку, приближают к себе складку. Если и это не помогает, то можно рассечь переднюю стенку шейки по средней линии, как показано на рис. 116 и таким образом дойти до брюшины. Нужно, впрочем, подчеркнуть, что при правильной аккуратной отсепаровке мочевого пузыря в анатомическом слое редко приходится прибегать к дополнительным приемам для обнаружения брюшинной пузырно-маточной складки. Брюшину вскрывают и край последней отмечается для удобства нахождения ее в дальнейшем длинной лигатурой. Далее тело матки выводят из малого таза наружу. Захватив дно матки крепкими щипцами Дуайена, приступают к экстирпации.

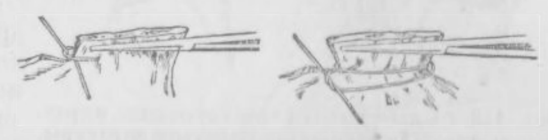


Рис. 157. «Носик» зажима освобожден. Культя прошита лигатурой.

Нужно отметить, что удаление матки через влагалище при ее выпадении выполняется гораздо легче, чем удаление матки в других случаях. Это объясняется доступностью выпавшей матки и возможностью вывести ее за половую щель. Поэтому начинающим хирургам рекомендуется осваивать методику влагалищной экстирпации матки именно с экстирпации матки по поводу ее выпадения.

При выпадениях матку удаляют обычно без придатков. Удаление начинается с верхнего отдела широкой связки и продолжается по ребру матки вниз.

Техника удаления матки следующая. Зажимом Кохера или Микулича захватывают с одной стороны у угла матки верхний отдел широкой связки, содержащий собственно яичниковую связку, трубу и круглую связку. Этот момент можно выполнить в два приема: сначала захватывают трубу и яичниковую связку, а затем круглую связку. Оттянув матку в противоположную сторону, нужно перерезать захваченную в кохер ткань, причем следует позаботиться о том, чтобы над кохером оставалась культя не менее 0,5—1 см. Дело в том, что коротенькая культя может случайно выскользнуть из кохера и уйти вверх, что при влагалищной экстирпации опасно, так как ушедшую культю, особенно, когда операция производится не по поводу пролапса, трудно найти. Кроме того, лигатура надежнее ложится, если культя достаточно объемиста. Лигатуру накладывают следующим образом (рис. 157). Иглу проводят под кохером на расстоянии 0,5 см от конца последнего. Лигатуру завязывают сначала один раз, заводя ее за конец клеммы, а затем подводят ее под кохер и завязывают окончательно, причем при затягивании первого узла кохер нужно медленно снять. Лигатуру (мы всегда шьем кетгутом средней толщины) нужно захватить каким-нибудь инструментом и не срезать до конца операции. Обычно отмечают лигатуру с одной стороны пеанами, а с другой — кохерами, что дает возможность в дальнейшем быстро разобрать лигатуры.

Оттянув тело матки в одну сторону, а культю перерезанного верхнего отдела широкой связки — в другую, проникают вдоль ребра матки далее и захватывают участок широкой связки, в котором проходит a. uterina (рис. 158). Сосуд перерезают и перевязывают. Концы лигатуры, наложенной на сосуд, всегда следует тотчас же отрезать.

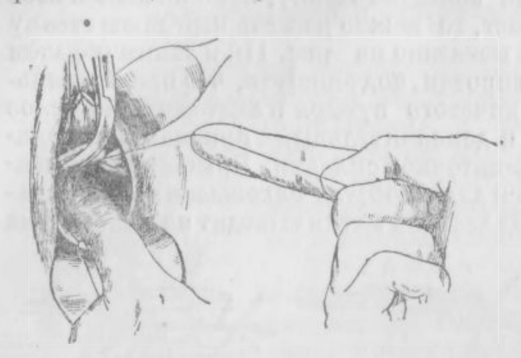


Рис. 158. Влагалищная экстирпация матки. Положение пальцев при завязывании лигатуры.

То же выполняется на другой стороне, после чего становятся доступными крестцово-маточные связки. Крестцово-маточные связки или ретракторы (ligg. sacro-uterina), с обеих сторон захватывают зажимами Кохера или изогнутыми клеммами Микулича, перерезают ножницами и перевязывают, после чего матка остается висеть на брюшине дугласова кармана (plica recto-uterina) и слизистой оболочке заднего свода, которые перерезают ножницами. Чтобы края влагалища (заднего свода) и брюшина (plica) не ушли, их с обеих сторон захватывают кохерами.

После удаления матки нужно закрыть брюшную полость таким образом, чтобы перевязанные культи широкой связки (придатков и круглых связок) и крестцово-маточных связок были расположены экстраперитонеально (внебрюшинно). Для этого культи несколько вытягивают наружу и через края брюшины спереди и сзади (через plica vesico-uterina и plica recto-uterina) проводят лигатуру таким образом, чтобы ею была захвачена и брюшина, покрывающая культи (рис. 159). Лигатуру нужно завязать и затем, заведя за культи, завязать вторично.

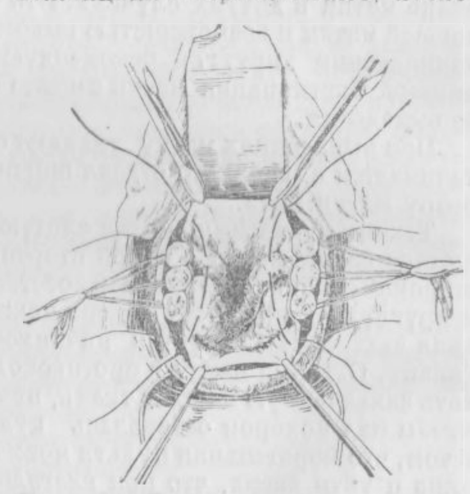


Рис. 159. Влагалищная экстирпация матки одновременно с пластикой влагалища и тазового дна (при пролапсе). Матка удалена. Культи придатков, круглой связки, крестцово-маточной связки. Отдельными лигатурами соединяются край пузырной брюшины с краем брюшины дугласова кармана. Боковыми лигатурами прихвачена брюшина придатков и круглой связки, благодаря чему культи после завязывания лигатур остаются экстраперитонеально (внебрюшинно).

То же нужно сделать и с другой стороны. Остающееся в промежутке между завязанными лигатурами отверстие в брюшине закры-

гают еще одной или двумя лигатурами (рис. 160 и 161). Все лигатуры, которыми были перевязаны культи, срезают, за исключением одной или двух, которыми была произведена перитонизация. Эти лигатуры остаются временно на пеане (см. ниже). По окончании перитонизации ушивают, как при передней кольпоррафии по поводу cystocele, мочевой пузырь при помощи непрерывного реверденовского шва, накладываемого на septum vesico-vaginale (рис. 147). Далее

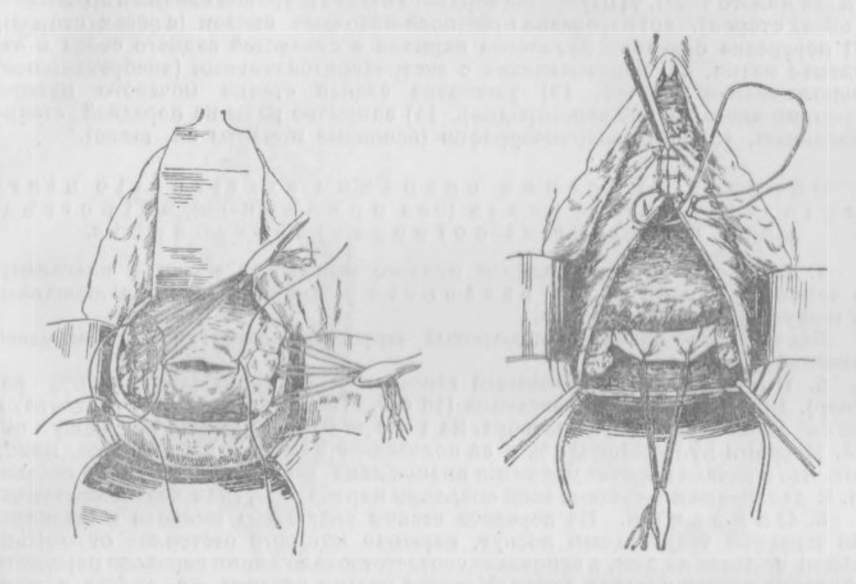


Рис. 160 и 161. Влагалищная экстирпация матки одновременно с пластикой влагалища и тазового дна (при пролапсе). Брюшина закрыта. Культи остались внебрюшинно.

непрерывным кетгутовым швом соединяют края влагалищной раны — от вершины под orificium externum urethrae до заднего свода. Предварительно концы лигатуры, которыми была произведена перитонизация и которые были отмечены пеаном (см. выше), прошивают иглой через край влагалища с обеих сторон. Когда края влагалища соединены непрерывным швом, эти лигатуры завязывают. Таким образом брюшина подтягивается к влагалищу.

Как бы широко ни была резецирована передняя стенка влагалища, одного удаления матки совершенно недостаточно. Необходимо дополнить операцию кольпоперинеоррафией с иссечением большого треугольного лоскута из задней стенки влагалища и соединением разошедшихся леваторов и их фасций (см. «Кольпоперинеоррафия»).

После операции влагалищная трубка представляется в виде узкого канала, пропускающего один-полтора поперечных пальца. Операция влагалищного удаления матки с резекцией стенок влагалища и восстановлением тазового дна надежно устраняет пролапс и хорошо переносится больными, даже весьма пожилыми.

Основные моменты операции влагалищного удаления матки с одновременной передней кольпоррафией и кольпоперинеоррафией: 1) дезинфекция кожи промежности, вульвы, влагалища, 2) защита операционной раны («одевание» больной), 3) обнажение шейки зеркалами, захватывание и низведение ее щипцами Дуайена, 4) выкраивание и удаление треугольного лоскута из передней стенки влагалища, 5) отсепаровка краев влагалища после удаления лоскута, 6) отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки, 7) обнажение и вскрытие складки (plica vesico-vaginalis), 8) выделение матки из брюшной полости (из малого таза), 9) перерезка верхнего отдела широкой связки и a. uterinae. (с обеих сторон), 10) перерезка крестцово-маточных связок (с обеих сторон), 11) перерезка брюшины дугласова кармана и слизистой заднего свода и отделение матки, 12) перитонизация с экстраперитонеальным (внебрюшинным) расположением культей, 13) ушивание задней стенки мочевого пузыря (пузырно-влагалищной перегородки), 14) закрытие раны на передней стенке влагалища, 15) кольпоперинеоррафия (основные моменты см. выше).

Образец описания операции exstirpatio uteri vaginalis sine adnexis (без придатков), colporrhaphia anterior et colpoperineorrhaphia.

1. Показания. Наличие полного выпадения матки и влагалища со значительным cysto- и rectocele у пожилой (62 года) женщины, не живущей половой жизнью.

Значительное развитие подкожной жировой клетчатки на передней брюшной стенке.

2. Наркоз. Внутривенный гексеналовый наркоз (10% и 5% раствор). Всего введено 1,5 гексенала (10 см^3—10% и 10 см^3 —5% раствора) и 250 см^3 физиологического раствора. За 1 час до наркоза введен под кожу 1 см^3 Sol. Morphini hydrochlorici 1% и за полчаса—0,5 см^3 того же раствора. Ввиду того, что в начале наркоза появился цианоз лица, введен под кожу 1 см^3 лобелина. В дальнейшем в течение всей операции наркоз протекал без осложнений.

3. Операция. Из передней стенки влагалища выкроен и отсепарован широкий треугольный лоскут, вершина которого отстояла от orificii externi urethrae на 2 см, а основание соответствовало линии перехода переднего и боковых сводов в шейку матки. Мочевой пузырь отделен от шейки ножницами и отчасти тупым путем. Обнажена plica vesico-vaginalis, которая вскрыта ножницами. Тело матки выведено наружу. Зажаты, перерезаны и перевязаны у ребра матки с обеих сторон верхние отделы широкой связки, содержащие lig. ovarii proprium, трубу и круглую связку. Перерезаны и перевязаны a. uterinae с обеих сторон. Перерезаны и перевязаны крестцово-маточные связки с обеих сторон, после чего перерезаны plica recto-vaginalis и задний свод. Брюшина закрыта наглухо тремя узловыми швами, причем культи помещены внебрюшинно. Septum vesico-vaginalis ушита непрерывным кетгутовым швом. Края влагалищной раны соединены на всем протяжении от мочеиспускательного канала до заднего свода, причем брюшина подтянута к влагалищу. Из задней стенки влагалища выкроен и отсепарован большой треугольный лоскут, основание которого соответствовало границе между кожей промежности и слизистой оболочкой влагалища. Леваторы с фасциями, их покрывающими, соединены тремя кетгутовыми швами. Края влагалищной раны соединены непрерывным кетгутовым швом; наложен ряд узловых кетгутовых швов на клетчатку и мышцы промежности. Края кожной раны на промежности соединены скобками Мишеля. По окончании операции спущена моча катетером (моча чистая). Продолжительность операции—1 час 10 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

г) Операция Лефора-Нейгебауэра (Colporrhaphia mediana)

Сущность операции Лефора-Нейгебауэра заключается в том, что из передней и задней стенки влагалища удаляют по лоскуту одина-

кового размера и стенки влагалища сшивают между собой освеженными поверхностями, благодаря чему становится невозможным выпадение влагалища, а следовательно, и матки.

Техника операции. Пулевыми щипцами (или щипцами Дуайена) захватывают шейку, которая низводится за половую щель и кзади. На передней стенке влагалища намечается четырехугольный лоскут, верхняя граница которого находится на расстоянии 2 см от orificium externum urethrae, а нижняя — проходит в поперечном направлении через передний свод (рис. 162). Лоскут отсепаро-

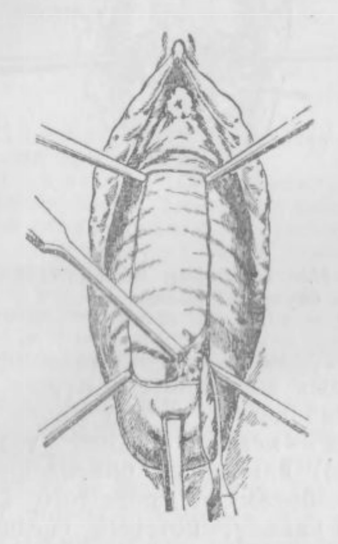


Рис. 162. Операция Лефора-Нейгебауэра (colporrhaphia mediana). Вырезывание прямоугольного лоскута из передней стенки влагалища.

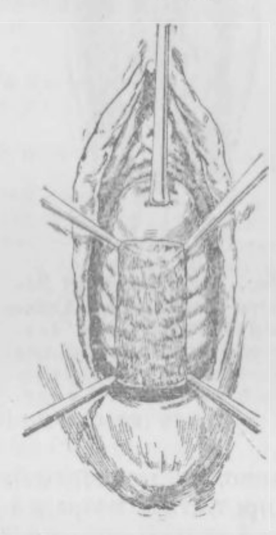


Рис. 163. Операция Лефора-Нейгебауэра. Вырезывание прямоугольного лоскута из задней стенки влагалища.

вывают по общим правилам, как при передней кольпоррафии. Для удобства выкраивания лоскута удобно растянуть переднюю стенку влагалища четырьмя кохерами, наложенными на углы предполагаемого к отсепаровке участка.

После отсепаровки лоскута спереди такой же величины лоскут отсепаровывают из задней стенки влагалища (рис. 163). Очень важно, чтобы освеженные участки на обеих стенках по возможности точно совпадали по форме и величине.

Если при сшивании между собой освеженных поверхностей одна из них оказывается больше другой, то нужно дополнительно увеличить более короткий лоскут.

Сшивание узловыми кетгутовыми лигатурами освеженных поверхностей и краев влагалищных ран нужно начинать сзади, т. е. с поперечных разрезов, проходящих через верхний и задний своды (рис. 164). После завязки лигатур portio vaginalis uteri уходит кверху. Далее, соединяя боковые края разрезов и клетчатку осве-

женных поверхностей (рис. 165), постепенно доходят до передних краев разреза, которые также сшивают отдельными кетгутовыми



Рис. 164. Операция Лефора-Нейгебауэра. Сшивание отдельными кетгутовыми лигатурами освеженных поверхностей на передней и задней стенке влагалища.

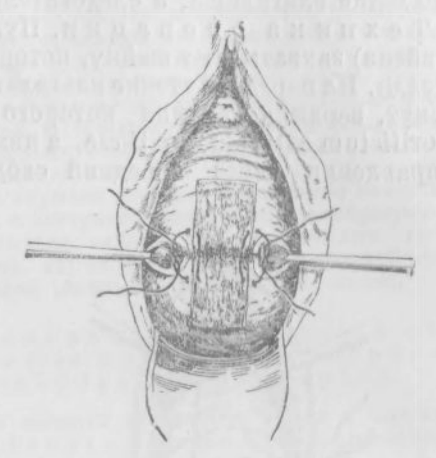


Рис. 165. Операция Лефора-Нейгебауэра. Боковые швы.

лигатурами. Для соединения освеженных поверхностей нужно брать тонкий кетгут, а для краев влагалища — кетгут средней толщины.

По окончании операции (рис. 166) влагалище оказывается широко прошитым посредине, а по бокам от прошитого участка остается по каналу, который соединяется со сводами, в которых находится влагалищная часть шейки матки с наружным маточным зевом.

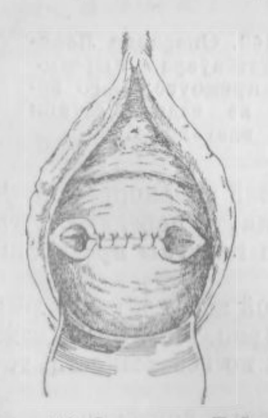


Рис. 166. Операция Лефора-Нейгебауэра. Вид входа во влагалище после окончания операции. Видны завязанные лигатуры, соединяющие передние края прямоугольных освеженных участков на передней и задней стенке влагалища.

В техническом отношении операция colporrhaphia mediana (Лефора-Нейгебауэра) чрезвычайно проста и может быть выполнена под местной анестезией, причем отсепаровка лоскута спереди может быть выполнена совершенно безболезненно и без всякой анестезии.

Очень важно, чтобы малейшее кровотечение было остановлено и чтобы освеженные поверхности были хорошо соединены. При соединении швами клетчаточных пространств нужно следить за тем, чтобы не захватить в шов стенку мочевого пузыря (спереди) и прямую кишку (сзади).

Операция Лефора-Нейгебауэра применяется у глубоких старух, не живущих половой жизнью, у которых операцию более сложного характера нельзя предпринять

вследствие ненадежности общего состояния (старость, склероз, болезни сердца и т. п.). Эта несложная операция дает весьма благоприятный эффект и хорошо переносится больными.

При наличии разрыва промежности операция Лефора может быть дополнена операцией кольпоперинеоррафии.

Основные моменты операции colporrhaphia mediana: 1) дезинфекция кожи, промежности, вульвы и влагалища, 2) защита раны стерильным бельем («одевание» больной), 3) отсепаровка четырехугольного лоскута из передней стенки влагалища, 4) отсепаровка четырехугольного лоскута из задней стенки влагалища, 5) соединение освеженных поверхностей и краев влагалищных ран.

Образец описания операции
Лефора-Нейгебауэра

1. Показания. Выпадение влагалища и матки у женщины 71 года, страдающей артериосклерозом.

2. Наркоз. Удаление лоскута с передней стенки влагалища произведено без анестезии. Для снятия лоскута с задней стенки произведена длинной иглой инфильтрация 0,25% раствором новокаина с примесью адреналина (1:1 000) из расчета — 1 капля адреналина на 10 см³ раствора новокаина. Всего введено 50 см³ раствора новокаина.

3. Операция. См. выше «Основные моменты».

Продолжительность операции — 20 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

Послеоперационный уход после операции Лефора сводится к заботе о правильной функции мочевого пузыря и кишечника. До 5-го дня нужно выдерживать больных на жидкой диэте для того, чтобы по возможности не было стула. На 5-й день дают легкое слабительное (pulv. Liquiritiae, Purgen и т. п.) и с этого дня больных можно кормить (общий стол), заботясь о ежедневном опорожнении кишечника.

Мы поднимаем больных не раньше 10-го дня, когда можно надеяться на прочное сращение. При благоприятном течении послеоперационного периода можно выписать больных на 15-й день после операции.

8. ВЛАГАЛИЩНОЕ УДАЛЕНИЕ МАТКИ (Exstirpatio uteri vaginalis)

Уже при описании ряда операций (colpocoeliotomia anterior, interpositio-uteri vesico vaginalis) был описан ряд моментов, выполняемых при экстирпации матки через влагалище: вскрытие переднего свода, отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки, вскрытие пузырно-маточной брюшинной складки и выведение матки из малого таза наружу. При изложении операций по поводу пролапсов, была описана уже и операция удаления матки через влагалище. Хотя, таким образом, все моменты операции влагалищной экстирпации матки уже рассмотрены выше, удаление матки при выпадении последней несравненно проще и легче выполнимо, чем эта же операция, когда она производится по другим показаниям. Поэтому техника операции влагалищного удаления матки должна быть специально изложена и усвоена.

а) Влагалищное удаление матки без придатков (Exstirpatio uteri per vaginam sine adnexis)

Непременным условием для успешного выполнения операции влагалищной экстирпации матки является достаточное низведение шейки ко входу во влагалище и кзади. Поэтому после того как шейка захвачена крепкими щипцами Дуайена или Мюзо, ее следует медленно, но энергично низвести ко входу и кзади, причем можно производить легкие качательные движения щипцами в стороны и спереди назад. Благодаря энергичному (но не грубому) и постепенному подтягиванию шейки, вытягиваются крестцово-маточные и кардиальные связки матки, приближаются ко входу во влагалище (т. е. к хирургу) a.a. uterinae, а мочеточники и мочевой пузырь отходят кверху, причем натягиваются соединительнотканные волокна между мочевым пузырем и шейкой и волокна пузырно-влагалищной перегородки (septum vesico-vaginalis (рис. 53, 54, 55).

Помощники энергично оттягивают шейку и подъемниками раздвигают половую щель, обнажая, таким образом, передний свод. Делается полулунный поперечный разрез через передний свод в том месте, где передний свод влагалища переходит в portio vaginalis uteri (рис. 56). Если нужно, разрез может быть увеличен при помощи дополнительных боковых разрезов (рис. 57). Далее хирург захватывает пинцетом передний край разреза, подтягивает его кверху и ножницами надсекает соединительнотканные волокна между мочевым пузырем и шейкой (рис. 58 и 59). Постепенно подвигаясь ножницами все выше и пересекая клетчатку, очень быстро удается отсепаровать пузырь, помогая этому пальцем (лучше голым, т. е. не обернутым марлей) (рис. 60). Когда мочевой пузырь отслоен на всем протяжении до брюшины, палец, отодвигающий пузырь, получает ощущение пустоты и скольжения по передней стенке матки через невскрытую еще plica vesico-vaginalis. Это ощущение является лишь вспомогательным, ориентировочным моментом.

Брюшина отмечается в виде белесоватой полулунной складки. Только, когда складка видна совершенно четко (рис. 61), ее можно вскрыть, как показано на рис. 62, 63. Для того, чтобы обнажить брюшинную складку, нужно завести за отсепарованный мочевой пузырь подъемник (плоское зеркало). Если найти пузырно-маточную складку почему либо трудно, то можно прибегнуть к дополнительным вспомогательным приемам. Если матку удаляют не по поводу рака, то можно рассечь переднюю стенку шейки матки по средней линии, как показано на рис. 116, и пулевыми щипцами или щипцами Дуайена подтянуть края рассеченной шейки и таким образом приблизить к себе брюшину. Постепенно, отодвигая мочевой пузырь и рассекая матку, всегда можно отчетливо дойти до брюшины. Второй способ, облегчающий обнажение брюшинной складки, заключается в следующем. Поступают как при высокой ампутации шейки (рис. 105—107); дополнительно к полулунному разрезу через передний свод разрезают циркулярно на границе с влагалищной частью боковые и задний своды. Постепенно зажимая, перерезая и перевязывая клетчатку сбоку и сзади от шейки, последнюю выде-

ляют из окружающей ее клетчатки до уровня внутреннего зева. Таким образом можно также приблизиться к брюшине и обнаружить брюшинную складку. По вскрытии брюшины нужно войти пальцем в малый таз (брюшную полость) и ориентироваться, нет ли спаек, окутывающих матку, или других каких-нибудь особенностей.

Брюшину несколькими лигатурами пришивают к краю влагалищной (кольпотомической) раны. Концы лигатур забирают в пеан (рис. 167, 167а). Затем вводят подъемник в полость брюшины и приступают к выведению тела матки. Для этого тело матки захватывают пулевыми или другими щипцами (рис. 167 б, в, г). Во время выведения тела матки нужно указательным пальцем другой руки завести шейку матки во влагалище по направлению к заднему своду. Ввиду того, что при этом нужно снять щипцы с шейки, то для того, чтобы шейку в любой момент можно было вывести обратно

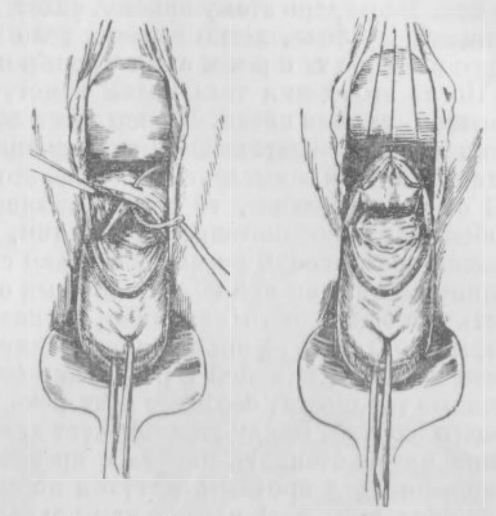


Рис. 167, 167а. Влагалищная экстирпация матки. Край вскрытой plicae vesico-uterinae пришивается к краю переднего влагалищного свода узловыми кетгутовыми лигатурами. Тело матки выведено из брюшной полости.

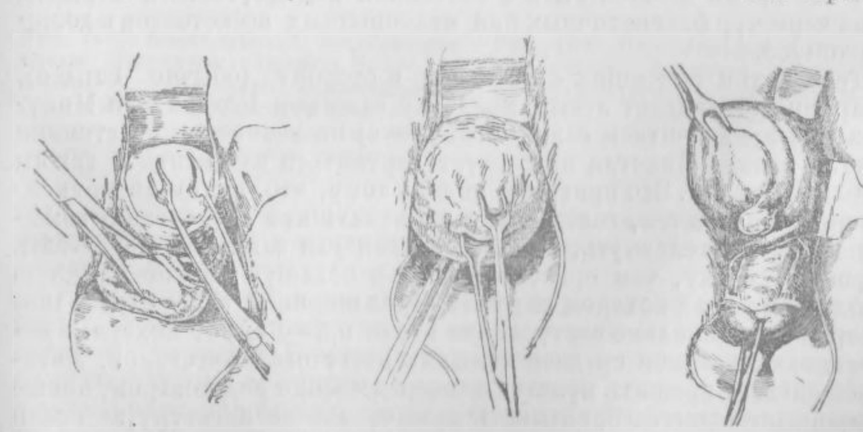


Рис. 167 б, в, г. Влагалищная экстирпация матки. Выведение тела матки из переднего кольпотомического отверстия.

из влагалища, на нее накладывают длинную лигатуру (шов), который отмечается каким-нибудь инструментом. Эта лигатура играет роль «держалки».

Если матка велика и с трудом выводится, то грубо извлекать ее не следует. Обыкновенно щипцы при этом срываются и рвут матку. Проще рассечь переднюю стенку матки от наружного зева (рис. 116) до дна. Благодаря этому приему, удается, подтягивая края разреза щипцами Дуайена, легко вывести тело матки. Этого приема не следует применять при раке тела матки.

После выведения тела матки приступают к экстирпации в собственном смысле слова. Нужно здесь же подчеркнуть, что все действия во время влагалищной экстирпации матки должны быть особенно четкими и осмысленными. Если это правило относится ко всякой операции вообще, то при влагалищной экстирпации оно имеет особенно большое значение. Дело в том, что хирург во время влагалищной экстирпации не имеет столько свободного пространства для манипуляций, как при абдоминальных операциях. Малейшая нечеткость или оплошность (например, выскальзывание культи из зажима, разрыв лигатуры во время завязывания) при чрезвычайной способности натянутых тканей к ретракции (сокращению) создают иногда немалые трудности, особенно если речь идет о нахождении кровоточащего сосуда. Ввиду этого следует для влагалищной операции удаления матки отбирать наиболее крепкие и надежные инструменты и пользоваться прочным кетгутом не ниже средней толщины. Особенно большую роль играют при влагалищной экстирпации помощники. Ассистенты должны знать и понимать ход операции, чтобы осмысленно помочь хирургу. Очень трудно оперировать, когда матка кое-как натянута, когда операционное поле залито кровью, а хирург беспомощно и одиноко пытается оперировать в глубине влагалища. Большие неудобства создаются, когда таз больной сползает за край стола или, наоборот, когда таз уходит к головному концу стола. Хирург все время должен быть в состоянии подтянутости и держать своих чересчур флегматичных или малоопытных ассистентов в должном тонусе.

Тело матки помощник оттягивает в сторону (обычно вправо), а хирург захватывает левые придатки зажимом Кохера или Микулича (мы предпочитаем зажим Микулича) на некотором расстоянии от угла матки. Никогда не следует стремиться захватить в зажим побольше ткани. Это приводит лишь к тому, что концы инструментов перекашиваются, вследствие чего культи при потягивании зажимов могут выскользнуть. Лучше лишний раз зажать и перерезать широкую связку, чем сразу образовать большую, но ненадежную культю. Зажатый кохером верхний отдел широкой связки (рис. 168) перерезают, несколько отступя (не менее 0,5—1 см) от кохера, и перевязывают крепкой средней толщины кетгутовой лигатурой. Лигатурой следует прошить культю непосредственно под кохером, ближе к концу последнего. Завязывать нужно, заведя лигатуру за конец зажима и затем переведя ее под кохер (рис. 157). Благодаря этой предосторожности, лигатура хорошо ложится и прочно держится. Потягивая тело матки в одну сторону, а перевязанную культю в другую, кохером или лучше зажимом Микулича, захватывают клетчатку широкой связки с маточной артерией (a. uterina), причем, как всегда при влагалищной экстирпации, захватывать ткань сле-

дует не параллельно, а перпендикулярно к ребру матки (рис. 169). Концы лигатуры, которой завязана a. uterina, не следует брать в зажим — их лучше обрезать. После перевязки a. uterinae слева переходят на правую сторону и перерезают и перевязывают верхний отдел широкой связки и правую маточную артерию. Лигатуры с одной стороны отмечают пеанами, а с другой — кохером.

Далее выводят за «держалку» (лигатуру) шейку матки, которую опять захватывают пулевыми щипцами. Благодаря подтягиванию

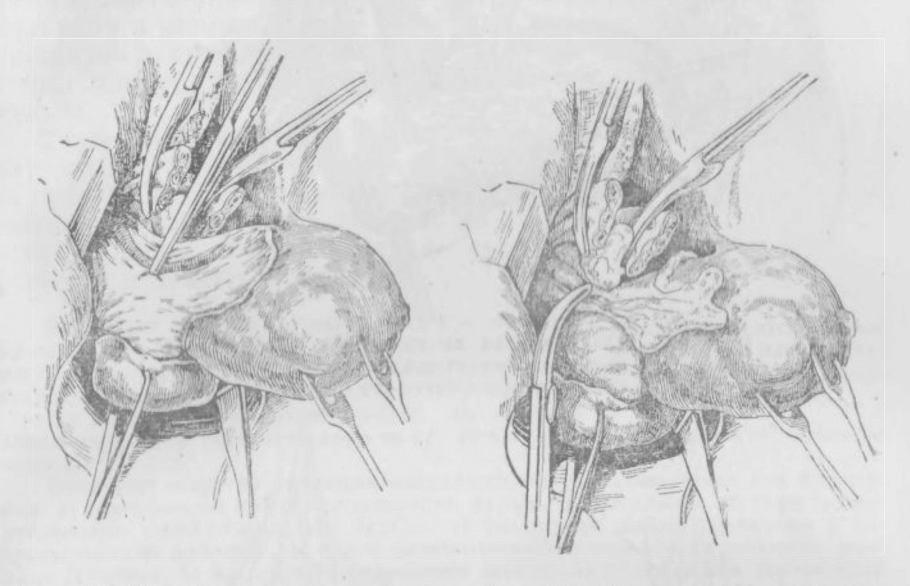


Рис. 168. Влагалищная экстирпация матки. Изогнутым зажимом (или кохером) у угла матки захватывается верхний отдел широкой связки (на рисунке — собственно яичниковая связка, труба и круглая связка).

Рис. 169. Влагалищная экстирпация матки. Захвачен сосудистый пучок (a. uterina) с параметральной клетчаткой.

тела и шейки матки, напрягаются крестцово-маточные связки, которые захватывают в зажимы последовательно с обеих сторон, перерезают и перевязывают (рис. 170).

Если в начале операции своды были циркулярно перерезаны (см. выше), то матка к этому моменту висит только на брюшине заднего дугласова кармана. Брюшину перерезают и отдельными кетгутовыми лигатурами соединяют с краем заднего свода (рис. 171). Если в начале операции был сделан только полулунный разрез в переднем своде, то после перевязки крестцово-маточных связок перерезают боковые своды влагалища, после чего перерезают брюшину заднего дугласова кармана и задний свод (рис. 170). Брюшину соединяют с краем заднего свода несколькими отдельными кетгутовыми лигатурами (рис. 171). Лигатуры, соединяющие брюшину с задним сводом, также забирают в пеан.

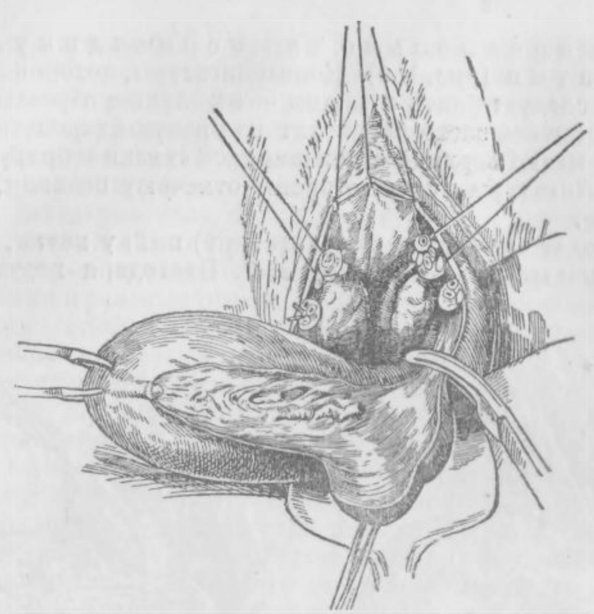


Рис. 170. Влагалищная экстирпация матки. Перерезается крестцово-маточная связка и слизистая оболочка задне-бокового свода.



Рис. 171. Влагалищная экстирпация матки. Край брюшины (plica recto-uterina) пришивается узловыми лигатурами к краю слизистой оболочки заднего свода.

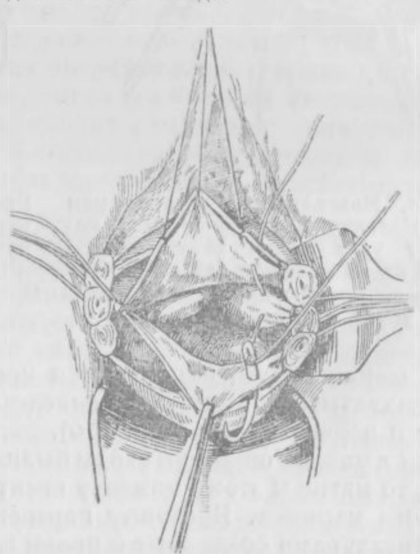


Рис. 172. Влагалищная экстирпация матки. Культи широкой связки (круглых и собственно-яичниковых связок и труб) помещаются экстраперитонеально (внебрюшинно) и фиксируются к краям влагалища. Одновременно суживается операционное отверстие во влагалищном своде.

После удаления матки нужно поместить и фиксировать культи экстраперитонеально. Для этого с каждой стороны проводят по лигатуре через следующие пункты: края влагалища спереди, края пузырной брюшины спереди, брюшина, покрывающая придатки ниже лигатур, которыми они перевязаны, брюшина дугласова кармана и край заднего свода (рис. 172). Завязав лигатуру с обеих сторон, таким образом суживают влагалищную рану и располагают и фиксируют внебрюшинно культи. После этого можно срезать концы лигатур, которыми были перевязаны культи.

Далее можно поступить двояко. В чистых случаях влагалищная рана может быть зашита наглухо, а в случаях сомнительных можно ввести в глубину малого таза марлевый выпускник (бинт), концом которого тампонируется и влагалище (рис. 173).



Рис. 173. Влагалищная экстирпация матки. Влагалищная рана зашивается наглухо.

Марлевый выпускник подтягивают и частично удаляют на 4-й день после операции, а на 5-й день, когда брюшная полость уже надежно отграничивается, тампон вовсе удаляют.

По окончании операции следует на операционном столе спустить катетером мочу, чтобы убедиться в целости мочевого пузыря.

Основные моменты операции влагалищного удаления матки без придатков: 1) дезинфекция кожи, промежности, вульвы и влагалища, 2) защита операционного поля стерильным бельем, 3) обнажение шейки зеркалами и захватывание ее щипцами, 4) смена длинного заднего зеркала на короткое зеркало Дуайена, 5) энергичное низведение шейки, 6) полулунный поперечный разрез через передний свод, 7) отсепаровка мочевого пузыря, 8) обнажение и вскрытие брюшинной складки, 9) соединение края вскрытой пузырной брюшины с краем влагалища, 10) циркулярный разрез боковых и заднего сводов (если решено сначала выделить шейку матки снизу), 11) выведение тела матки из брюшной полости (малого таза), 12) перерезка и перевязка широкой связки вдоль ребра матки с обеих сторон, 13) перерезка и перевязка a. uterinae с обеих сторон, 14) перерезка и перевязка lig. sacro-uterina с обеих сторон, 15) перерезка боковых сводов, 16) перерезка заднего свода и брюшины дугласова кармана и соединение брюшины с краем заднего свода, 17) внебрюшинное расположение культей и фиксация их к краям влагалища; сужение влагалищной раны, 18) закрытие (или дренирование) влагалищной раны.

Образец описания операции (exstirpatio uteri sine adnexis per vaginam)

1. Показания. Профузные ациклические кровотечения на почве субмукозной фибромиомы у рожавшей женщины. Частичный некроз родившегося в шейку узла. Значительное ожирение передней брюшной стенки.

2. Наркоз. Спинномозговая анестезия: введено 0,8 см³ совкаина (1%) в люмбальный канал между III и IV поясничными позвонками. Тотчас после введения совкаина введен под кожу 1 см³ 15% раствора Coffeini natrio-benzoici; введение кофеина повторено через 20 минут. За 10 минут до пункции введено под кожу 1 см³ эфедрина солянокислого (5%).

3. Операция. Сделан большой поперечный разрез по переднему своду. Мочевой пузырь отсепарован от шейки до plica vesico-uterina. Ввиду

того, что узел, родившийся в шейку, частично некротизировался, сделано рассечение передней стенки шейки по средней линии до внутреннего зева и узел отсечен у основания, после чего цервикальный канал и влагалище дополнительно дезинфицированы и сменены перчатки. Вскрыта plica vesico-uterina, край которой соединен тремя швами с краем переднего свода. Ввиду того, что тело матки с трудом выводилось, разрез шейки продолжен на тело матки и доведен почти до дна, благодаря чему тело легко выведено наружу. С обеих сторон перерезаны и перевязаны собственно-яичниковые связки, трубы и круглые связки, после чего перерезаны и перевязаны обе aa. uterinae. Перерезаны и перевязаны крестцово-маточные связки и, далее, перерезаны на клеммах своды и брюшина дугласова кармана. Брюшина дугласова кармана соединена отдельными кетгутовыми лигатурами с краем заднего свода. Культи расположены и фиксированы экстраперитонеально, влагалищная рана несколько сужена по сторонам, а в оставшееся посредине отверстие введен марлевый тампон на глубину в 5—6 см; тампоном рыхло выполнено влагалище.

Спущенная катетером моча оказалась совершенно чистой.

Продолжительность операции — 45 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Удаленный узел, величиной с куриное яйцо, исходил из задней стенки матки и был соединен с ней ножкой, толщиной с палец. Нижний полюс узла покрыт зеленым некротическим налетом. Шейка истончена. Тело матки увеличено приблизительно до размера семинедельной беременности; в дне матки находился интерстициальный фиброматозный узел, нижний сегмент которого расположен субмукозно. Слизистая оболочка матки без видимых изменений.



Рис. 174. Влагалищная экстирпация матки с придатками. Окончатым корнцангом подтянут абдоминальный конец трубы и яичник. Воронко-тазовая связка (lig. infundibulo-pelvicum) зажата изогнутым зажимом Микулича.

б) Удаление матки с придатками через влагалище (Exstirpatio uteri per vaginam cum adnexis)

Удаление матки с придатками через влагалище отличается от удаления матки без придатков некоторыми деталями.

Для того, чтобы удалить трубу и яичник, нужно перерезать lig. infundibulo-pelvicum (воронко-тазовую связку). Оттянув тело матки в сторону и несколько книзу, нужно пинцетом (тупым) подтянуть трубу и яичник и захватить их окончатым корнцангом (абортцангом или овариальными щипцами). Придатки максимально вытягиваются наружу, благодаря чему приближается и воронко-тазовая связка. Ассистент при помощи подъемника облегчает доступ к связке (рис. 174).

Связку зажимают кохером (лучше зажимом Микулича) и пересекают на расстоянии около 1 см от кохера, после чего культю перевязывают длинной и прочной лигатурой. Затем перерезают круглую связку (lig. rotundum) (рис. 175). Далее операция удаления матки продолжается, как описано выше.

Перитонизация культи воронко-тазовой связки и фиксация к сводам могут оказаться несколько затрудненными, если связка

укорочена (сморщена). В крайнем случае можно ее перитонизировать, не фиксируя к краю влагалищной раны. Для этого лигатуру, которой производится перитонизация, не следует проводить через края влагалища.

в) Показания к влагалищной экстирпации матки



Рис. 175. Влагалищная экстирпация матки с придатками. Воронко-тазовая связка (lig. infundibulo-pelvicum).

В настоящее время техника абдоминальной экстирпации матки настолько разработана и возможности для асептического оперирования брюшностеночным путем настолько велики, что влагалищный путь для экстирпации матки можно оставить лишь для особых случаев. Все же нужно подчеркнуть, что больные гораздо лучше переносят влагалищные операции, в частности, влагалищную экстирпацию, по сравнению с чревосечениями. Однако влагалищный путь для экстирпации матки для начинающего хирурга несомненно несколько труднее абдоминального. Поэтому мы в настоящее время не стремимся оперировать через влагалище принципиально во всех случаях и предпочитаем этот метод лишь тогда, когда преимущества его представляются нам бесспорными. Так, если женщина уже рожала и влагалище достаточно широко, то мы предпочитаем при раке тела экстирпировать матку с придатками через влагалище. К влагалищному методу при раке тела матки может склонить и чрезмерное ожирение передней брюшной стенки. В последнем случае можно при узости влагалища у нерожавших женщин или у старух со сморщенным влагалищем прибегнуть к вспомогательному промежностному разрезу Шухардта.

Влагалищная экстирпация предпочтительна и в других случаях, когда подлежащая экстирпации матка ненадежна в смысле асептики, например, при наличии некротизирующегося субмукозного фиброматозного узла. В этих случаях влагалищный путь несомненно безопаснее.

Иногда приходится удалять матку по поводу профузных кровотечений при хроническом метрите или по поводу так называемой metropathia haemorrhagica в случаях, когда рентгенотерапия почему-либо нежелательна, а другие виды консервативной терапии не эффективны. В этих случаях при достаточной ширине влагалища также предпочтителен влагалищный путь.

В случаях фибромиом, при которых показано тотальное удаление матки, мы предпочитаем оперировать per vaginam, если матка не превышает величины мужского кулака и влагалище достаточно широко.

Каждый акушер-гинеколог, интересующийся хирургической деятельностью, должен овладеть и влагалищными методами опери-

рования. Однако следует подчеркнуть, что если врач еще чувствует себя недостаточно уверенным в технике экстирпации матки через влагалище, то он всегда поступит осторожнее, если, пожертвовав преимуществами вагинального метода, прибегнет к чревосечению, в методике которого он имеет больше опыта. Во всяком случае, начинающий хирург должен осваивать методику влагалищной экстирпации матки постепенно. В этом отношении большую пользу могут принести операции высокой ампутации шейки, интерпозиция матки и, наконец, экстирпация матки при пролапсе. Для начала не следует также браться за экстирпацию матки через влагалище в тех случаях, когда можно предполагать наличие периметрических спаек или когда матка плохо низводится ко входу во влагалище.

9. КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ

а) Удаление миоматозных узлов через влагалище (Myomotomia conservativa per vaginam)

При субмукозном (подслизистом) расположении фиброматозного узла можно нередко ограничиться удалением одного лишь узла без удаления матки.

Это относится обычно к случаям, когда фиброматозный узел в виде полипа большей или меньшей величины соединен со стенкой тела или шейки матки при помощи более или менее тонкой н о ж к и, состоящей из фиброзной ткани и покрытой, как и узел, обычно атрофированной слизистой оболочкой матки. Узел может быть расположен в полости матки и проявлять себя только профузными изнурительными кровотечениями. В других случаях субмукозный узел, как это нередко бывает, «рождается» в шейку, стенки которой при этом истончаются и растягиваются, или во влагалище, оставаясь в связи с маткой при помощи ножки. Рождение узла происходит обычно постепенно на протяжении месяца и характеризуется кровотечениями и схваткообразными болями, особенно во время менструаций.

Вследствие расстройства питания (дистрофии) в родившемся узле, а также в результате травматизации и непосредственного соприкосновения с инфицированной влагалищной средой, родившиеся фиброматозные узлы весьма склонны к изъязвлению и ихорозному распаду, характеризуются зловонными, гнойными выделениями, сопровождающимися иногда и повышением температуры тела.

Сильные кровотечения и некроз опухоли являются показаниями к удалению родившегося или рождающегося узла.

За последние годы мы стали склоняться к максимальному консерватизму в отношении этих случаев и ограничиваемся, по возможности, удалением одного лишь узла с оставлением матки. Консервативная миомэктомия через влагалище, особенно, если фибромиоматозный узел сидит на ножке, является технически простой операцией и дает хороший непосредственный эффект, что имеет огромное значение для обычно весьма обескровленной и ослабленной больной.

Удаление всей матки при субмукозных фибромиомах показано лишь в тех случаях, когда узел расположен на широком основании

или в матке имеется еще несколько узлов. Иногда основанием для радикальной операции, т. е. для удаления всей матки, может служить далеко зашедший процесс ихорозного распада опухоли, когда имеется опасение, что инфекция вышла за пределы узла. В этих случаях надежнее, как было уже упомянуто выше, удалить матку через влагалище и дренировать малый таз через операционную рану (см. выше стр. 151).

Прежде чем приступить к операции, нужно внимательно изучить топографию (расположение) узла. Уже одного внутреннего исследования нередко бывает достаточно для того, чтобы установить наличие ножки. Если пальпации недостаточно для уяснения направления ножки, то можно обнажить шейку (и узел) зеркалами и, подтянув узел щипцами (рис. 176), убедиться в наличии и направлении ножки. Так как при родившемся узле цервикальный канал растянут, можно пальцем обойти узел вокруг его периферии или проследить почти всю ножку.

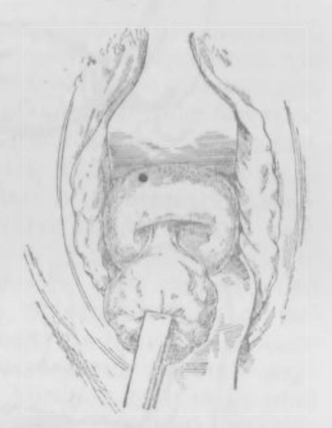


Рис. 176. На рисунке изображен родившийся во влагалище фиброматозный узел. Влагалищная часть шейки матки обнажена зеркалами. Для того, чтобы обнаружить ножку, опухоль оттянута щипцами Дуайена.

Иногда узел расположен в толще стенки шейки, выпячивая одним своим сегментом слизистую оболочку цервикального канала. Такие узлы также сравнительно просто удалить per vaginam.

Если при наличии родившегося узла нет сильного кровотечения, мы предпочитаем в течение нескольких дней до операции выдержать больную в постели. Благодаря постельному режиму обыкновенно опухоль уменьшается в размерах. Если имеется поверхностный некроз узла (обычно в нижнем полюсе), то в течение нескольких дней до операции полезно назначать под небольшим давлением дезинфицирующие спринцевания (аммаргеном или сулемой), причем спринцевания нужно проделывать в перевязочной. Подобная предварительная подготовка улучшает в значительной степени послеоперационное течение.

Во время операции нужно тщательно продезинфицировать спиртом и иодом не только влагалище, но и поверхность узла и ножки и, насколько доступно, цервикальный канал.

Узел захватывают крепкими щипцами и энергично, но осторожно подтягивают, благодаря чему ножка вытягивается. Если ножка длинная, то ее можно просто зажать крепким изогнутым инструментом и отрезать ниже зажима. Зажатия инструментом обычно достаточно, чтобы сосуд, проходящий в ножке, в достаточной степени облитерировался, причем зажим можно оставить на культе на 24 часа. Можно перевязать ножку, если она достаточно длинная, кетгутовой лигатурой средней толщины. Если ножка коротка и сравнительно толста, то при энергичном подтягивании узла может произойти частичная инверзия (выворот) матки. В этом случае нужно с большой осторож-

ностью отсекать опухоль. Если разрез сделать слишком высоко, то можно повредить стенку матки. Для того, чтобы избежать поранения матки, нужно поступить следующим образом. Ножом надсекают циркулярно слизистую оболочку и капсулу опухоли тотчас у нижнего полюса последней (рис. 177 а, б, и 178 а и б). После надреза капсулы опухоль медленно откручивают, благодаря чему сосуды ножки перестают кровоточить. В этом случае после циркулярного

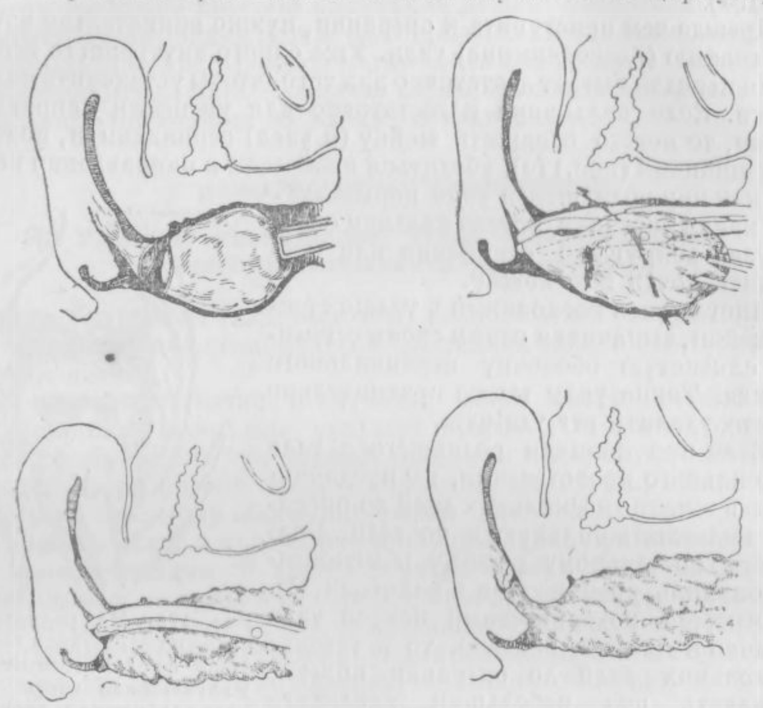


Рис. 177 а,б и 178 а,б. На рисунках изображен отсеченный фиброматозный узел. Разрез был сделан на границе верхнего сегмента опухоли. Ножка не содержит элементов опухоли. Ножка захвачена зажимом. К культе проведен марлевый тампон.

рассечения капсулы можно наложить на ножку изогнутый зажим (Микулича), который снимают через 24 часа.

Но можно поступить и иначе. Узел захватывают двумя пулевыми щипцами, между которыми опухоль разрезают по длиннику на два полуовала. Благодаря белесоватому цвету ткани опухоли, совершенно отчетливо видно, где опухоль кончается. Каждый полуовал в отдельности отсекают или откручивают, как описано выше.

Если узел лежит в цервикальном канале, то никогда не следует вслепую откручивать его. Оперирование «вслепую» никогда не должно иметь места. Для того, чтобы получить доступ к опухоли и ее ножке, следует прибегнуть к срединному рассечению передней стенки шейки, а если нужно, то и передней стенки матки. Для этого надо, как описано выше, сделать поперечный полулунный разрез перед-

него свода (рис. 56, 57), отсепаровать кверху мочевой пузырь (рис. 58, 59, 60) и рассечь шейку (рис. 115, 116). Таким образом опухоль становится доступной. Если ножка исходит из дна матки, то, вскрыв пузырно-маточную брюшинную складку (рис. 61, 62, 63), можно продолжить разрез на переднюю стенку матки и, подтягивая края разреза пулевыми щипцами (рис. 116), дойти до ножки. После удаления опухоли разрез в брюшине зашивают кетгутовыми швами и узловыми кетгутовыми швами соединяют края разрезанной шейки (рис. 117) и тела матки (если оно разрезано). В заключение закрывают разрез в переднем своде (рис. 118).

Если миоматозный узел расположен субмукозно в толще стенки шейки матки и не очень велик, его можно энуклеировать (вылущить), причем, если он расположен в передней стенке, нужно отслоить мочевой пузырь, как только что было описано.

Консервативную миомэктомию можно выполнить без наркоза. Тем не менее лучше оперировать под наркозом. Благодаря тому, что больная под наркозом лежит спокойно, а мышцы тазового дна расслабляются, операцию можно выполнить более четко и гораздо быстрее.

При удалении фиброматозных узлов, расположенных на ножке, наблюдается иногда случайный отрыв опухоли при подтягивании ее щипцами, особенно при чрезмерно энергичных и поспешных движениях хирурга. Ввиду того, что вытянутая ножка после отрыва сейчас же уходит кверху вследствие эластичности ее и ретракции (сокращения), ее не удается захватить, перевязать или зажать. Это осложнение не должно особенно беспокоить, потому что сколько-нибудь серьезное кровотечение при этом наблюдается редко. Мы рекомендуем затампонировать в этом случае полость матки длинной марлевой полоской (или узким бинтом), конец которой смочен иодной настойкой, а также затампонировать и влагалище. Тампоны удаляют через 24 часа.

Основные моменты операции удаления миоматозного узла через влагалище ясны из только что описанного и, кроме того, некоторые моменты (например, передняя кольпотомия) уже описаны выше.

б) Удаление через влагалище слизистых полипов (Polypotomia)

Слизистые полипы удаляют путем откручивания. Полип для откручивания захватывают корнцангом или, лучше, окончатым абортцангом. Кровотечение после удаления полипа бывает незначительным. Обыкновенно после откручивания полипа цервикальный канал смазывают иодом, а влагалище тампонируют стерильным бинтом. Через 12 часов тампон удаляют. Хотя операция откручивания полипа (polypotomia) и незначительна, все же не рекомендуется ее делать, как и зондирование матки, амбулаторно.

Удаленный слизистый полип нужно, как правило, подвергнуть микроскопическому исследованию.

Выскабливания цервикального канала или полости матки после полипотомии мы не производим.

в) Энуклеация (вылущение) миоматозных узлов абдоминальным путем (Myomotomia conservativa per abdomen)

Мы не являемся принципиальными сторонниками консервативного удаления миоматозных узлов с оставлением матки. В тех случаях, когда показанием к оперативному вмешательству является фибромиома, следует предпочесть удаление матки суправагинально или целиком (тотально) (см. ниже стр. 202). При консервативном удалении узлов, особенно при множественном миоматозе, приходится иметь дело с большой кровоточащей раневой поверхностью (ложем опухоли), которая в общей сложности может намного превысить поверхность матки. Послеоперационное течение в этих случаях не всегда проходит гладко, особенно если при вылущении узлов приходится вскрывать полость матки. Кроме того, при консервативной миомотомии никогда нельзя быть уверенным в том, что удалены все узлы.

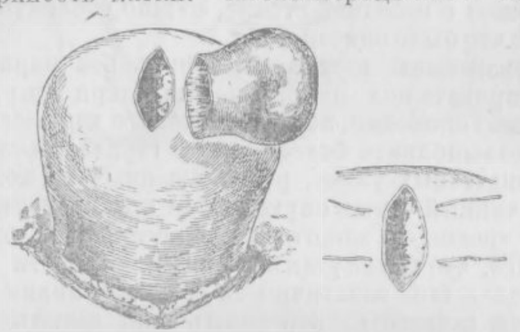


Рис. 179. Субсерозный фиброматозный узел на ножке. Для удаления узла сделан циркулярный разрез через брюшину и капсулу опухоли. Виден вылущенный нижний сегмент опухоли. В ножке нет элементов опухоли.

Тем не менее встречаются случаи, когда консервативная (сохраняющая орган) миомотомия показана. Так, совершенно незачем удалять матку, если опухоль (одна или несколько) расположена субсерозно (подбрюшинно), а тем более на ножке. Равным образом можно не удалять матку, когда, наряду с субсерозной фибромой на ножке, по поводу которой предпринята операция, у молодой женщины обнаруживается в матке во время операции еще один или несколько вполне доступных интерстициальных узлов.

Т е х н и к а к о н с е р в а т и в н о й м и о м о т о м и и. Если опухоль расположена субсерозно на ножке (рис. 179), то нужно подтянуть ее и циркулярно перерезать брюшину и капсулу у нижнего полюса узла, после чего опухоль легко отделяется тупым путем (марлевым тупфером или закрытыми куперовскими ножницами). Никогда не следует отделять узел на самой границе опухоли (ножки) с брюшинной поверхностью матки, так как при этом вследствие ретракции (сокращения) ткани образуется слишком большое ложе. Раневую поверхность нужно закрыть рядом отдельных кетгутовых лигатур, хорошо сблизив края брюшины.

Если узел расположен интерстициально (внутристеночно), несколько выпячивая поверхность матки, или лежит целиком в толще стенки матки, то поступают следующим образом. Над опухолью делается продольный разрез, проникающий через брюшину, мышеч-

ную ткань (обычно истонченную) матки и капсулу узла (рис. 180). После того как капсула перерезана, щипцами захватывают опухоль, а края раны, если опухоль велика, раздвигают пулевыми щипцами (рис. 181). Энергично подтягивая опухоль в разные стороны, посте-

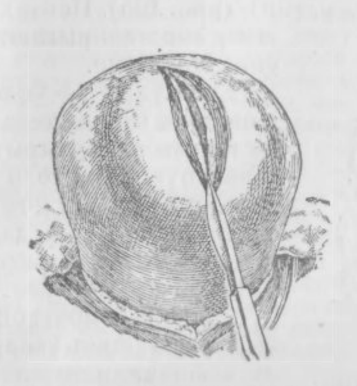


Рис. 180. Разрезана стенка матки и капсула над субсерозно-интерстициональным фиброматозным узлом. Края разреза разошлись, вследствие чего выпячивается надрезанный участок опухоли.



Рис. 181. Фиброматозный узел захвачен щипцами Дуайена. Края стенки матки растянуты пулевыми щипцами. Куперовскими ножницами узел вылущается из капсулы.

пенно вылущают (энуклеируют) узел при помощи куперовских ножниц отчасти тупо, отчасти надсекая соединительнотканные тяжи

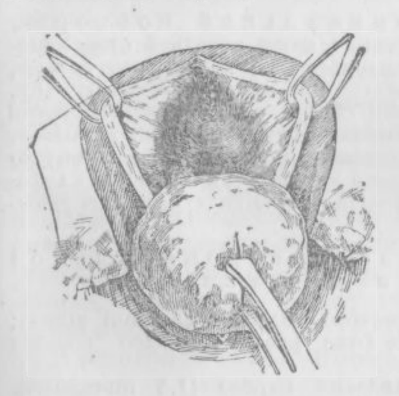


Рис. 182. Узел почти целиком вылущен. Видно ложе опухоли.

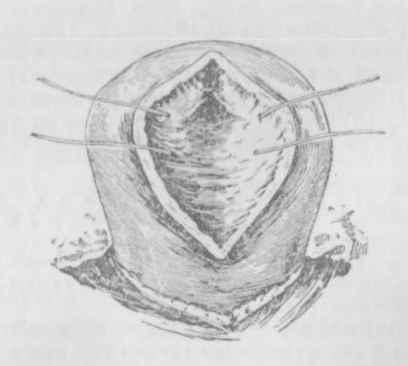


Рис. 183. Наложены погружные швы на ложе опухоли

(рис. 182). Ложе опухоли, обычно значительно кровоточащее, необходимо тщательно зашить сначала рядом погружных кетгутовых швов (рис. 183), а затем узловыми серозно-мышечными швами (рис. 184). Швы должны быть наложены так, чтобы между ними не оставалось мертвых пространств, в которых могут образоваться гематомы, пре-

пятствующие гладкому заживлению. Края брюшины должны быть хорошо прилажены.

Если при вылущении узла приходится вскрывать полость матки, то после удаления узла нужно прежде всего узловыми швами закрыть отверстие в полость матки. Лигатуры не следует проводить через эндометрий (слизистую оболочку тела матки) (рис. 185). Поверх этих швов ложе закрывают, как описано выше.

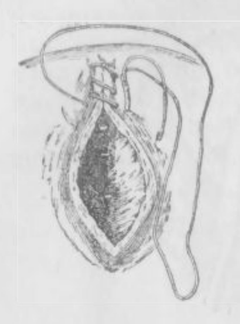


Рис. 184. Над погружными швами наложен серозно-мышечный непрерывный шов.



Рис. 185. При вылущении узла вскрыта полость матки. Показаны погружные швы, не проникающие через слизистую оболочку матки.

Если узел расположен в нижнем отделе тела матки и отчасти прикрыт мочевым пузырем, то нужно надсечь брюшину мочевого пузыря, как это делают при суправагинальной ампутации матки (рис. 212) и, отодвинув мочевой пузырь, вылущить узел. После зашивания ложа край брюшины, покрывающий мочевой пузырь, пришивают к брюшине, застилающей переднюю поверхность матки таким образом, чтобы закрыть швы. Само собой разумеется, что брюшная полость как и при всяком чревосечении, должна быть тщательно ограждена от операционного поля марлевыми салфетками.

Основные моменты абдоминальной консервативной миомотомии: 1) дезинфекция кожи передней стенки живота (бензин, спирт, иод), 2) защита операционного поля стерильным бельем, 3) вскрытие брюшной стенки, 4) выведение матки (опухоли) в брюшную рану, 5) ограждение брюшной полости марлевыми салфетками, 6) разрез стенки матки и капсулы над опухолью, 7) захватывание опухоли (узла) щипцами, 8) вылущение узла, 9) погружные мышечно-мышечные швы на ложе опухоли, 10) серозно-мышечные швы на крае разреза матки, 11) извлечение салфеток, защищающих брюшную полость, 12) закрытие (послойное) брюшной раны.

Образец описания операции абдоминальной консервативной миомотомии

1. Показания. Наличие субсерозного узла на длинной ножке; явления перекрута ножки опухоли (резкие боли, рвота); молодой возраст больной (31 год).

2. Наркоз. Внутривенный гексеналовый наркоз (1,5 гексенала). За 1 час до наркоза введен под кожу 1 см^3 и за полчаса — 0,5 см^3 Sol. Pantoponi 2%. Введено 10 см^3 10% раствора и 10 см^3 5% раствора гексенала; в течение наркоза введено под кожу 300 см^3 физиологического раствора и несколько раз дан углекислый газ для улучшения дыхания. В общем наркоз прошел без осложнений.

3. Операция. Кожа передней брюшной стенки обработана бензином, спиртом и иодом. Операционное поле защищено стерильным бельем. Сделан разрез Пфанненштиля длиной в 9 см по складке кожи на границе с волосистой частью mons Veneris.

По вскрытии брюшной полости в последней обнаружено небольшое количество асцитической жидкости. Из задней стенки матки, почти у дна, исхо-

дит опухоль величиной с мужской кулак, плотной консистенции; опухоль представляет собой как бы конгломерат узлов. Сосуды, проходящие в брюшине, покрывающей опухоль, инъицированы. Опухоль окутана легко разделяемыми спайками с брюшиной, flexurae sigmoideae и левыми придатками. Придатки справа без изменений, левая труба несколько отечна и инъицирована. Ножка опухоли перекручена на 180°. После разделения спаек опухоль выведена в брюшную рану. При осмотре тела матки в передней стенке обнаружен фиброматозный узел, расположенный наполовину субсерозно; величина второго узла равна небольшому мандарину. Пальпацией в матке не обнаружены другие узлы, кроме описанных.

Узел на ножке отсечен и ложе зашито четырьмя кетгутовыми швами. Субсерозный узел на передней стенке матки вылущен и ложе его зашито в два слоя отдельными кетгутовыми швами.

После извлечения салфеток, которыми была защищена брюшная полость, брюшная рана зашита наглухо послойно, причем брюшина, мышцы и апоневроз соединены непрерывными кетгутовыми швами, а края кожной раны с подкожной жировой клетчаткой соединены тремя узловыми шелковыми лигатурами и скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 40 минут. Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), операционная сестра (фамилия), наркотизатор (фамилия).

Номер операционного журнала.

Удаленные опухоли направлены в лабораторию для микроскопического исследования.

10. УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА АБДОМИНАЛЬНЫМ ПУТЕМ (Ovariotomia per abdomen)

а) Общие замечания относительно опухолей яичника

Яичники являются излюбленным местом для развития опухолей, вследствие чего операция удаления патологически измененных яичников (ovariotomia) в повседневной практической работе встречается весьма часто.

Наибольшее число опухолей яичников имеет кистозный характер (кисты и кистомы). Сравнительно меньше встречается солидных (сплошных) опухолей яичников (фибромы, саркомы, раки и др.).

Ввиду того, что сравнительно большой процент опухолей яичников имеет первично злокачественный характер или вторично подвергается злокачественному перерождению, нужно принять за правило удалять каждую диагносцированную опухоль яичника, независимо от ее величины. Это необходимо и потому, что, кроме злокачественного перерождения, опухоли яичников могут подвергаться и другим изменениям, например, в результате перекручивания ножки опухоли, нагноения и др.

В топографическом отношении опухоли яичников делятся на опухоли подвижные, имеющие так называемую ножку, и на интралигаментарные (межсвязочные).

Н о ж к а о п у х о л и состоит из связок яичника: lig. ovarii proprium, mesovarium и lig. infundibulo-pelvicum. Нередко связки значительно вытягиваются, образуя длинную ножку, делающую опухоль весьма подвижной. Опухоли яичников, имеющие длинную ножку, могут «перекручиваться». Перекручивание ножки на 90° ничем не дает себя чувствовать, вызывая в опухоли лишь незначительные явления застоя, перекручивание же ножки на 180° вызывает в опухоли значительные застойные явления (вплоть до кровоизлия-

ний) вследствие закрытия просвета вен. В результате сдавления нервов, проходящих в ножке, перекручивание вызывает интенсивные боли. Более сильное перекручивание может вызвать прекращение питания и некроз опухоли вследствие сдавления артерий в ножке. В результате застойных явлений и особенно некроза опухоль резко увеличивается и окутывается сращениями с париетальной брюшиной, кишечником и сальником. Внедрение микробов в некротизированную опухоль может вызвать в ней нагноение. При перекручивании может быть вовлечена в ножку и фаллопиева труба.

Свежие спайки, образующиеся вскоре после перекручивания, легко разделяются. В застарелых случаях спайки приобретают большую плотность и разделяются с большим трудом (см. ниже).

Интралигаментарные опухоли расположены между листками широкой связки и исходят обычно из эмбриональных остатков вольфова тела. Редко они исходят из ткани яичника.

Если интралигаментарная опухоль расположена между листками брыжейки трубы (mesosalpinx), она называется паровариальной. Яичник находится обычно у нижне-латерального полюса опухоли. Паровариальные опухоли обладают значительной подвижностью, так как они расположены в верхнем, самом подвижном отделе широкой связки.

Если опухоль, располагаясь между листками широкой связки, растет в малый таз, то она совершенно неподвижна. Нормальные топографические соотношения органов малого таза при интралигаментарном расположении опухоли значительно нарушены. Матка целиком смещается опухолью в сторону (lateropositio) и нередко приподнята выше терминальной линии (elevatio). Мочевой пузырь также бывает смещен в сторону и кверху и нередко как бы распластан по передней поверхности опухоли. Мочеточник отодвигается опухолью в сторону, причем он довольно интимно (тесно), соприкасается с капсулой опухоли. Прямая кишка на значительном протяжении соприкасается с задней поверхностью опухоли. Интралигаментарные опухоли, выходящие за пределы малого таза, нередко верхним полюсом уходят подбрюшинно под брыжейку сигмовидной или слепой кишки. Нижний полюс интралигаментарной опухоли обычно доходит до бокового и заднего сводов, которые уплощаются или даже выпячиваются опухолью. По верхнему полюсу опухоль обычно растянута в виде тяжа на всем протяжении фаллопиевой трубы.

Величина опухолей яичника колеблется в больших пределах, достигая иногда огромных размеров (так называемые «гигантские опухоли»).

Злокачественные опухоли яичников почти всегда бывают двусторонними. Поэтому при наличии злокачественности следует, не ограничиваясь удалением только видимо пораженного яичника, поступать радикально, т. е удалять оба яичника вместе с маткой.

Ввиду того, что опухоли яичников и особенно кистозные новообразования встречаются в любом возрасте, в том числе и в чадородном, нередко наблюдается комбинация опухоли с беременностью. Беременность не должна быть противопоказанием к удалению опухоли. Наоборот, во многих случаях именно наличие

беременности должно побудить ускорить операцию, так как беременность и, особенно, послеродовой период весьма способствуют перекручиванию опухоли. Выгоднее удалять опухоли яичников на IV месяце беременности.

б) Удаление опухолей яичника, имеющих ножку

Для удаления опухоли яичника мы, почти как правило, пользуемся продольным разрезом брюшной стенки по linea alba. Этот разрез удобнее для выведения опухоли и всегда может быть в случае надобности увеличен на любую длину. Лишь в редких случаях удаления небольших опухолей у молодых женщин можно применить поперечный разрез по Пфанненштилю. Длина разреза зависит от величины подлежащей удалению опухоли. Мы всегда делаем сначала небольшой разрез, особенно в случаях, когда намереваемся вывести большую кистозную опухоль в уменьшенном виде после выпускания из нее жидкого содержимого (пункция).

После того как брюшная полость вскрыта (обычно между симфизом и пупком), следует прежде всего изучить характер и топографию опухоли. Если опухоль по внешнему виду и на основании пальпации вызывает подозрение на злокачественность, нужно безусловно воздержаться от выпускания ее содержимого и, увеличив насколько нужно разрез, вывести ее из брюшной полости в целом виде. Равным образом не следует пунктировать опухоль, если она окутана спайками, так как разделение спаек после спадения капсулы удается гораздо труднее. Наличие значительного асцита при опухолях яичника всегда должно вызвать подозрение на злокачественность и, следовательно, является противопоказанием к пунктированию опухоли.

Интралигаментарные опухоли также не следует пунктировать. Ни в коем случае не следует пунктировать дермоидные кисты яичника. Не имеет смысла пунктировать кистозные опухоли, если они расположены ниже уровня пупка.

Таким образом, мы пунктируем кистозные опухоли, если они расположены выше пупка, если содержимое их жидкое, если нет асцита и не имеется подозрения на злокачественность и, наконец, если опухоль не имеет сращений. В виде исключения можно позволить себе пунктировать огромную опухоль у старух, даже если имеется некоторое подозрение на злокачественность, так как старухи плохо переносят большой разрез и склонны к эвентерации.

Если решено удалить опухоль целиком, поступают следующим образом. Разрез увеличивают до размера, позволяющего без насилия вывести опухоль. Никогда не следует из-за экономии разреза на 2—3 см удлинять операцию и терять энергию на выведение опухоли во что бы то ни стало через слишком малый разрез. Удлинение разреза на несколько сантиметров компенсируется ускорением операции и возможностью вывести опухоль целиком. Не следует, однако, впадать и в другую крайность и делать слишком большие разрезы. Если опухоль расположена низко и, особенно, если она ущемлена или присосана к брюшине малого таза, то прежде всего нужно рукой вывести опухоль из малого таза в брюшную полость и придать ей подвижность. Далее, невыгодно выводить опухоль из брюшной полости при

помощи рукп, так как рука занимает в ране много места. Удобно завести за опухоль марлевый тупфер и, подталкивая ее снизу (сзади), положенными на края брюшной раны, руками, медленно ее «прорезывать» (рис. 186). Очень важно поставить опухоль так, чтобы она «прорезывалась» наименьшим своим диаметром. Если по опухоли проходит труба (например, при паровариальных кистах), можно захватить ее овариальными щипцами или окончатым абортцангом и способствовать выведению опухоли подтягиванием ее кверху. Опухоль невыгодно выводить в зеркалах, так как последние только мешают выведению. Выводить опухоль нужно в глубоком наркозе, под влиянием которого брюшная стенка максимально расслабляется. Когда опухоль выведена наружу, нужно ввести зеркала и защитить брюшную полость марлевыми салфетками.

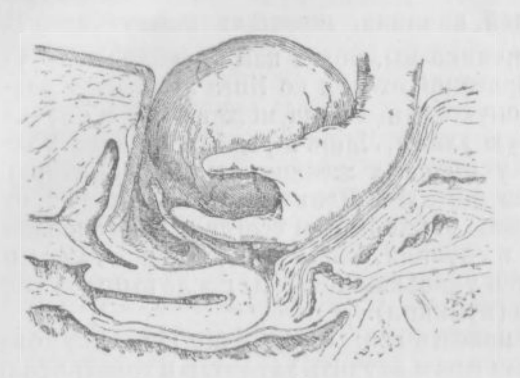


Рис. 186. Овариотомия. Выведение кисты из брюшной полости через брюшную рану.

Для удаления опухоли яичника нужно зажать ножку клеммами, перерезать и перевязать ее. Перекрученную ножку нужно раскрутить и перерезать ниже перекрута. Никогда не следует зажимать сразу всю ножку, так как при этом получается слишком большая культя и лигатура может легко соскользнуть или ослабеть. Нужно захватить зажимами (Кохера или Микулича) lig. infundibulo-pelvicum (воронко-тазовую связку), lig. ovarii proprium (собственно яичниковую связку) и трубу (рис. 187, 188). Если между концами зажимов после перерезки ножки остается кровоточащий участок, то можно это место дополнительно зажать. Каждая культя перевязывается отдельной кетгутовой лигатурой средней толщины. Культи следует прошить и завязать, как показано на рис. 156, 157, причем лигатура должна быть проведена тотчас под кохером на расстоянии 0,5—1 см от конца последнего.

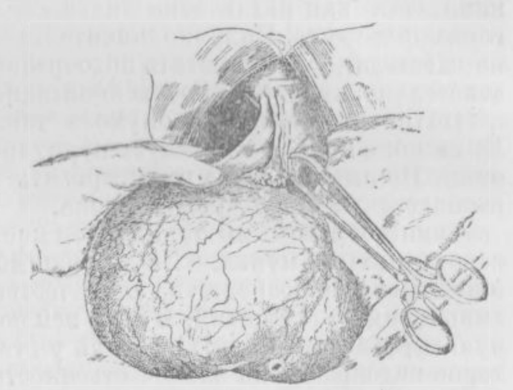


Рис 187 Овариотомия. Киста выведена из брюшной полости. Наложены клеммы на ножку опухоли.

Культи должны быть тщательно заперитонизированы. Для перитонизации можно использовать круглую связку, которую соединяют

при помощи непрерывного или кисетного шва с брюшиной широкой связки и маткой (рис. 189, 190, 191).

Если удаляемая опухоль вызывает подозрение на злокачественность, то после ее удаления нужно поручить кому-нибудь из лиц, не участвующих в операции, разрезать ее. Иногда злокачественный характер опухоли на разрезе уже макроскопически с несомненностью подтверждается. В этом случае хирург должен приступить к операции удаления придатков вместе с маткой, которую можно ампутировать суправагинально, так как рак яичника никогда не дает метастазов в шейку матки.



Рис. 188. Овариотомия. Культя перерезанных lig. ovarii proprium, трубы и lig. infundibulo-pelvicum

Если опухоль яичника, а тем более опухоль больших размеров, с самого начала трактовалась как злокачественная, то удалению матки и придатков должно предшествовать отсечение опухоли. Удаление опухоли облегчает дальнейшие манипуляции.

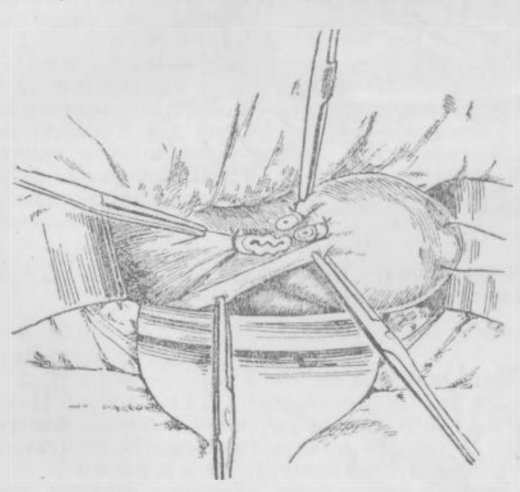


Рис. 189. Овариотомия. Перитонизация культей при помощи круглой связки. Начало непрерывного шва.

Пункция кисты дает возможность удалить большую опухоль через маленький разрез. Пунктирование, как уже сказано, допустимо в случае отсутствия спаек, доброкачественности опухоли и жидкой консистенции содержимого кисты. Между опухолью и краями брюшной раны вводят марлевые салфетки для защиты брюшной полости от попадания в нее содержимого кисты. Через брюшную стенку опухоль прижимают вплотную к ране и в опухоль вкалывают троакар, снабженный длинной резиновой трубкой, через которую вытекающую жидкость отводят в таз, поставленный под столом на табурете (рис. 192). Когда киста освобождается от части содержимого и несколько спадается, капсулу захватывают по сторонам от троакара кохерами и постепенно выводят из брюшной полости. Троакар удаляют и пункционное отверстие зажимают кохером. При помощи корн-

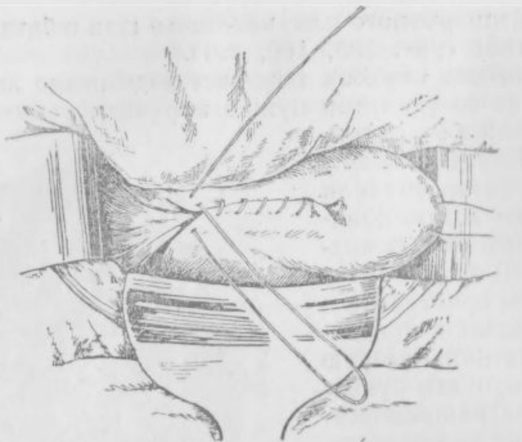


Рис. 190. Овариотомия. Перитонизация закончена.

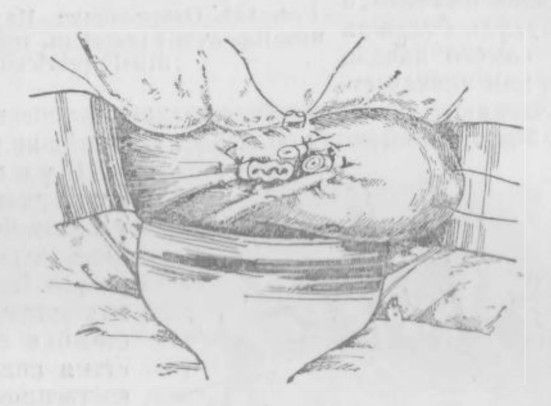
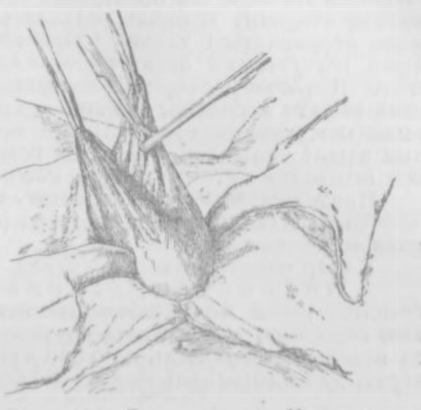


Рис. 191. Овариотомия. Перитонизация при помощи кисетного шва.



Рис. 192. Овариотомия. Опорожнение кисты троакаром.

цангов капсулу медленно извлекают, причем оставшаяся в кисте часть жидкости постепенно переливается в выведенную часть опухоли (рис. 193). После выведения всей капсулы ножку зажимают кохерами, как описано выше, и опухоль отсекают. Если во время пунктирования случайно подтекавшей жидкостью смачивается белье, которым было защищено операционное поле, то после отсечения опухоли простыни должны быть сменены или покрыты сверху свежими.


Рис. 193. Овариотомия. Извлечение опорожненной кисты.

При наличии беременности операция овариотомии должна производиться чрезвычайно бережно. Беременную матку нельзя трогать руками, а тем более нельзя ее захватывать ни пулевыми щипцами, ни при помощи лигатуры («держалки»). После удаления опухоли и перитонизации извлекают из брюшной полости салфетки и брюшную рану закрывают послойно (см. выше стр. 159)

Основные моменты овариотомии при опухолях, имеющих ножку: 1) вскрытие брюшной полости продольным разрезом по linea alba, 2) обследование опухоли (топография, консистенция, внешний вид, подвижность, наличие или отсутствие спаек), 3) выведение опухоли (без пунктирования или после пункции), 4) наложение кохеров на ножку опухоли, 5) отсечение опухоли, 6) осмотр придатков другой стороны, 7) перевязка культей, 8) перитонизация культей, 9) закрытие брюшной полости.

Образец описания овариотомии при опухолях, имеющих ножку

1. Показания. Наличие опухоли яичника, повидимому, кистомы, у женщины 29 лет.

2. Наркоз. За 1 час до операции введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1% и за полчаса —0,5 см³ того же раствора морфина. Общий эфирный наркоз. Общее количество эфира —90 см³. Наркоз протекал без осложнений. Продолжительность наркоза — 50 минут.

3. Операция. Дезинфекция кожи передней брюшной стенки бензином, спиртом и иодом. Сделан разрез по linea alba между симфизом и пупком длиной в 7 см. Послойно вскрыта брюшная полость. Обращала на себя внимание необычная кровоточивость подкожной жировой клетчатки, потребовавшая специального гемостаза. По вскрытии брюшной полости обследована опухоль, оказавшаяся многокамерной кистомой левого яичника с густым, повидимому, содержимым. Верхняя граница опухоли заходит за пупок пальца на полтора. Опухоль свободна на всем протяжении. Ввиду многокамерности опухоли и предположения о том, что содержимое ее имеет густую консистенцию (псевдомуцин?), решено удалить опухоль без предварительного пунктирования. Разрез продолжен кверху пальца на два выше пупка, причем пупок обойден слева. Опухоль легко выведена наименьшим своим диаметром. Ножка кистомы оказалась довольно длинной (вытянутой). Обращало на себя внимание значительное развитие сосудов (вен) в ножке (преимущественно в воронко-тазовой связке).

На дно матки наложена длинная кетгутовая лигатура, за которую матка несколько подтянута к брюшной ране. На lig. ovarii proprium, трубу и на lig. infundibulo-pelvicum наложено по кохеру. Ввиду значительного развития сосудов наложено по контрклемме и ножка (опухоль) между клеммами отсечена. Прежде чем приступить к перевязке культей, осмотрены придатки правой стороны, которые оказались макроскопически неизмененными. Решено ограничиться только удалением опухоли. Культи перевязаны отдельными кетгутовыми лигатурами и заперитонизированы кисетным кетгутовым швом. Извлечены салфетки, защищавшие брюшную полость, и брюшная рана зашита послойно: брюшина, мышцы и апоневроз зашиты непрерывными кетгутовыми лигатурами за исключением участка вокруг пупка, который зашит узловыми швами; на кожу с подкожной клетчаткой наложены три шелковые лигатуры. Края кожи соединены скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 40 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Опухоль представляет собой многокамерную кистому яичника с густым псевдомуцинозным содержимым. Величина опухоли соответствует беременности около 23—24 недель. Поверхность опухоли бугристая. Опухоль направлена в лабораторию для микроскопического исследования.

в) Удаление опухолей яичника (и вообще опухолей), расположенных интралигаментарно

Нормальные топографические соотношения органов малого таза при интралигаментарном расположении опухоли бывают нарушены (см. выше). Удаление интралигаментарных опухолей требует поэтому большой осторожности. Особенно велика опасность поранения мочеточников.

Для того, чтобы проникнуть в ложе опухоли (клетчатку), нужно разрезать брюшину над опухолью. Безопаснее всего это сделать на участке между трубой и круглой связкой. Еще проще перерезать поперек (между кохерами) трубу, которая обычно растянута по верхнему сегменту опухоли. Благодаря этому обнажается на некотором протяжении подбрюшинная клетчатка. Захватив края разрезанной брюшины пеанами, можно увеличить отверстие в последней и далее тупым путем (пальцем) постепенно выделить опухоль по всей окружности. Мы избегаем до вылущения опухоли перерезать lig. infundibulo-pelvicum, так как при этом легко можно перерезать мочеточник. При выделении опухоли нужна большая выдержка и терпение, ибо большинство интралигаментарных кист имеет тонкостенную капсулу, которая при малейшей неосторожности и торопливости в работе рвется, что значительно затрудняет дальнейшее выделение опухоли. Так как стенка интралигаментарной кисты, несмотря на предосторожности, все же часто рвется, очень важно, чтобы этот неприятный момент (разрыв капсулы) наступил, когда бóльшая часть опухоли уже выделена. Нижний сегмент опухоли удобно выделить полурукой, подведенной под нее. Когда опухоль выделена почти на всем протяжении, нужно захватить кохером и перерезать связки (lig. infundibulo-pelvicum и lig. ovarii proprium). Опухоль гораздо легче выделяется, если она имеет плотную консистенцию. Если есть уверенность в том, что плотная опухоль доброкачественна (например, при фибромах), выделение может быть еще

более облегчено подтягиванием опухоли при помощи щипцов Дуайена или Мюзо.

При выделении интралигаментарных опухолей нужно избегать нагромождения в ране большого числа инструментов, которые затрудняют манипуляцию и увеличивают опасность оставления их в брюшной полости. Инструменты, наложенные для остановки кровотечения, следует сейчас же заменить лигатурами. После удаления опухоли нужно осмотреть ложе и тщательно остановить кровотечение, после чего производится перитонизация. Огромное ложе при больших опухолях после перитонизации очень быстро сокращается и спадается благодаря тому, что женщине придают горизонтальное положение, и органы брюшной полости (кишечник) и малого таза (матка, мочевой пузырь) занимают нормальное положение.

Паровариальные опухоли, расположенные в верхнем отделе широкой связки, между листками брыжейки трубы (mesosalpinx), весьма подвижны, как опухоли, имеющие ножку, и удаляются подобно им после перерезки связок. Если яичник полностью сохранился и расположен у латерального полюса паровариальной кисты, то его следует сохранить. В этом случае lig. infundibulo-pelvicum не перевязывается, а кохером захватывают связку (или остаток ее) между фимбриальным концом трубы и яичником. Далее, отсепаровывают нижний сегмент паровариальной опухоли и у угла матки перерезают растянутую по опухоли трубу.

Основные моменты операции удаления интралигаментарных опухолей яичника: 1) вскрытие брюшной полости продольным разрезом по linea alba, 2) обследование опухоли и изучение топографических отношений, 3) вскрытие брюшины над верхним сегментом опухоли, 4) выделение опухоли из клетчатки, 5) перевязка связок (и сосудов) — lig. infundibulo-pelvicum и ovarii proprium и трубы (если она не перерезана в начале операции), 6) осмотр ложа опухоли и тщательный гемостаз, 7) перитонизация, 8) закрытие (послойное) брюшной полости.

Образец описания операции

1. Показания. Наличие опухоли яичника; боли внизу живота.

2. Наркоз. Общий эфирный наркоз (120 см³ эфира). Предварительно, за 1 час до наркоза, введен 1 см³ 1% раствора морфина и за полчаса — 0,5 см³. Наркоз протекал без осложнений. Во время наркоза профилактически для углубления дыхания давался углекислый газ и введено три раза по 2 см³ Ol. Camphorae.

3. Операция. Брюшная полость вскрыта послойно по linea alba; разрез — от симфиза до пупка. При вскрытии париетальной брюшины обращало на себя внимание высокое стояние мочевого пузыря. По вскрытии брюшной полости обнаружено: опухоль тонкостенная и расположена интралигаментарно справа от матки. Верхняя граница опухоли поднимается за плоскость входа в малый таз и, располагаясь забрюшинно, доходит до coecum. По опухоли в поперечном направлении растянута значительно удлиненная труба; причем брюшина mesosalpinx переходит в брюшинный покров опухоли. Яичника справа нет. Матка отодвинута к левой стенке таза и поднята выше linea terminalis. Мочевой пузырь, как уже упомянуто, поднят и также смещен влево. Левый яичник без видимых изменений.

Брюшная полость тщательно ограждена марлевыми салфетками. Труба на расстоянии 5—6 см от угла матки рассечена, проложен ход под брюшину, покрывающую сверху опухоль, и приступлено к осторожному выделению опухоли тупым путем — рукой и отчасти марлевым тупфером. Выделение удавалось без особого труда. На латеральной периферии опухоли за-

мечен мочеточник, отодвинутый опухолью почти к стенке таза. Мочеточник (несколько расширенный) отсепарован от стенки кисты. Когда опухоль была уже почти на всем протяжении выделена, капсула ее, чрезвычайно истонченная, разорвалась, причем вылилось значительное количество прозрачной соломенно-желтой жидкости. Капсула захвачена овариальными щипцами и без особого труда удалена после перевязки (на кохерах) lig. infundibulopelvicum и lig. ovarii proprium. Кровоточившие мелкие сосуды в ложе опухоли перевязаны, после чего произведена перитонизация с погружением культей. Перитонизация, благодаря избытку брюшины, произведена без затруднений.

Брюшная полость закрыта, как обычно, послойно.

Кожа зашита тремя шелковыми лигатурами и скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 1 час 10 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия). Номер операционного журнала.

4. Описание препарата. Удаленная опухоль в спавшемся состоянии представляет собой тонкостенную капсулу, выстланную изнутри гладкой блестящей оболочкой. Опухоль направлена в лабораторию для гистологического исследования. Макроскопически никаких подозрений на злокачественность не обнаружено.

г) Удаление опухолей яичника, осложненных сращениями или нагноившихся

Сращения опухоли яичника с окружающими органами — пристеночной брюшиной, кишечником, сальником, маткой и мочевым пузырем — могут образоваться в результате перекручивания (torsio), нагноения или злокачественного перерождения опухоли. Нередко обширные сращения наблюдаются при кистах с «шоколадным» содержимым.

Вскоре после перекручивания спайки бывают обыкновенно нежными, рыхлыми и легко разделяются. Если после перекручивания прошло много времени, сращения оплотневают, организуются и нередко с большим трудом поддаются разделению. Равным образом спайки бывают обширными и плотными (при нагноении опухоли). При злокачественном перерождении сращения образуются в результате прорастания капсулы опухоли и обсеменения брюшины раковой тканью.

Если опухоль сращена с пристеночной брюшиной передней брюшной стенки, то затруднения во время операции могут встретиться уже при вскрытии брюшной полости. Вследствие сращения с опухолью не удается вскрыть брюшину. В этом случае нужно продолжить разрез кверху (т. е. к пупку) и вскрыть брюшину там, где она свободна от сращений. Осторожно подвигаясь отсюда книзу, удается при помощи ножниц и отчасти тупо отделить пристеночную брюшину и подойти к опухоли. Спайки нужно разделять бережно и постепенно, шаг за шагом. Прежде всего нужно разъединить сращения с сальником или с appendices epiploicae. Если сальник плотно приращен, то лучше его резецировать, захватив предварительно кохером. Нужно помнить, что конец резецированного сальника следует основательно перевязать, так как в нем могут быть довольно крупные и кровоточащие артериальные веточки. Иногда приходится перерезать припаявшийся конец сальника на большом протяжении и на многих участках опухоли. Разделение сращений с сальником в значительной

степени облегчает дальнейшее освобождение опухоли из спаек. При разделении спаек нужно начинать с участков, где спайки менее плотны и опухоль более доступна. Особая осторожность нужна при разделении сращений с кишечником. Всегда нужно придерживаться правила, согласно которому лучше оставить часть капсулы на кишке, чем кусок кишки на опухоли. Спайки с кишечником безопаснее разделять острым способом (ножом или ножницами). Малейшее нарушение брюшинного покрова кишки должно быть восстановлено. В случае поранения кишки нужно поступать, как изложено в главе XVII. При известной осторожности и терпении удается в огромном большинстве случаев выделить и удалить опухоль.

В тех случаях, когда приходится разделять обширные спайки, всегда имеется опасность нарушения целости кисты и излития ее не всегда стерильного содержимого. Поэтому в этих случаях следует с большой тщательностью оградить брюшную полость марлевыми салфетками или небольшими мягкими полотенцами.

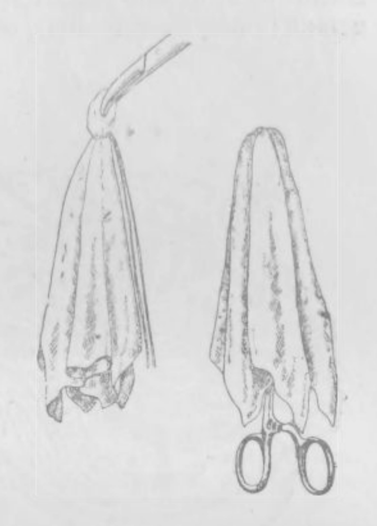


Рис. 194. Тампонация по Микуличу. Мешок тампона Микулича вводится при помощи корнцанга.

Если стенка кисты разрывается, то следует тщательно оградить салфетками брюшную полость, перевести больную в горизонтальное положение и спокойно очистить операционное поле от излившегося содержимого кисты, после чего можно продолжать операцию. После удаления разорвавшейся опухоли брюшную полость закрывают наглухо, если ее содержимое не инфицировано или полностью удалено. В этих случаях мы обыкновенно перед закрытием полости протираем брюшину эфиром. Если содержимое кисты гнойное, то мы предпочитаем дренировать брюшную полость тампоном Микулича. Тампон Микулича мы применяем и в тех случаях, когда вследствие обширных сращений в тазу остается после удаления опухоли значительная кровоточащая поверхность, плохо поддающаяся перитонизации.

Тампонада по Микуличу производится следующим образом. Берут большую марлевую салфетку в развернутом виде. Центральную часть салфетки при помощи корнцанга подводят к желательному участку, благодаря чему салфетка складывается в виде мешка (рис. 194). Придерживая мешок корнцангом, которым он введен, выполняют его длинным бинтом, который вводят в мешок длинным тупым пинцетом (рис. 195). Когда мешок затампонирован бинтом, корнцанг осторожно извлекают. Брюшную стенку закрывают, как всегда, послойно, но в нижнем отделе разреза оставляют незашитым

отверстие длиной в 3—4 см в брюшине, апоневрозе и в коже. Через отверстие выводят из брюшной полости концы марлевого мешка (салфетки) с выполняющим его бинтом. В тех случаях, когда применяется тампон по Микуличу, лучше зашивать апоневроз узловыми кетгутовыми швами.

Конец бинта, которым выполнен мешок, отмечается лигатурой. Поверх тампона и зашитого кожного разреза накладывают рыхлую марлевую повязку. Если повязка промокает, ее сменяют, не трогая тампона до 5-го дня, после чего извлекают бинт, выполняющий марлевый мешок. Конец бинта легко найти по лигатуре, которой он был отмечен. Бинт нужно извлекать медленно, осторожно. Края марлевого мешка (капсулы тампона), обычно пропитанные запекшейся кровью, несколько подрезают, и накладывают свежую повязку. Мешок начинают подтягивать, осторожно перебирая двумя пинцетами его края, на 7-й день, повторяя эту манипуляцию в следующие дни. Обыкновенно на 9-й день тампон (капсула) легко отходит. Оставшийся раневой канал в это время уже совершенно отграничен от брюшной полости. Канал обрабатывается, как всякая гнойная рана. Мы обыкновенно промываем рану перекисью водорода и заливаем ее стерильным вазелиновым маслом. Ход очень быстро выполняется грануляциями, становится короче, зарастает, после чего края кожной раны обыкновенно соединяют двумя шелковыми лигатурами.

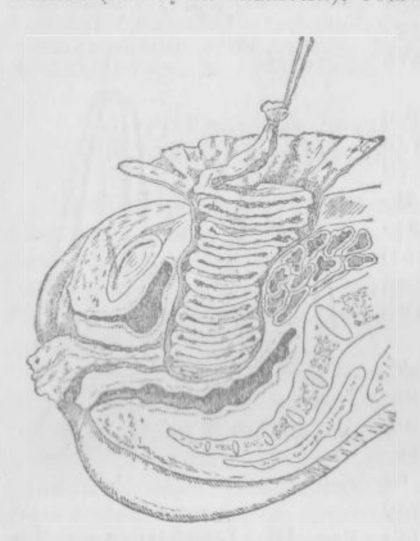


Рис. 195. Тампонация по Микуличу. Мешок тампона выполнен марлевым бинтом.

В случаях ненадежных в смысле инфекции тампонада по Микуличу весьма ценна и незначительно удлиняет или усложняет послеоперационный период. Заслуживает внимания, что кожная рана даже в случаях, явно инфицированных, при тампонаде по Микуличу на всем остальном протяжении в большинстве случаев заживает per primam intentionem (первичным натяжением).

Если нужно дренировать преимущественно дугласов карман, рационально это сделать через задний свод, как описано в главе XVII. Над выведенным во влагалище марлевым тампоном производят тщательную перитонизацию, используя в случае необходимости сигмовидную кишку (рис. 196), а брюшную рану закрывают наглухо.

В случае обширных сращений и невозможности или опасности их разделения приходится в редких случаях отказаться от полного удаления кисты, в особенности нагноившейся или инфицированной. В этих случаях (чрезвычайно редких) приходится прибегнуть к прие-

му, который называется марсупиализацией[1] Этот прием состоит в том, что в кисте делают отверстие, края которого пришивают к брюшной ране. На остальном протяжении брюшную рану зашивают наглухо послойно. Таким образом, в брюшной стенке остается отверстие, ведущее в полость кисты Дальнейшее лечение, ведущее, в конце концов, к запустеванию и заращению полости, тянется очень долго, вследствие неизбежного упорного нагноения.

При раковых поражениях яичника с обширными метастазами на кишках, сальнике, мочевом пузыре и брюшине, и при наличии прочных сращений рациональнее ограничиться лишь пробным чревосечением с применением последующей рентгенотерапии.

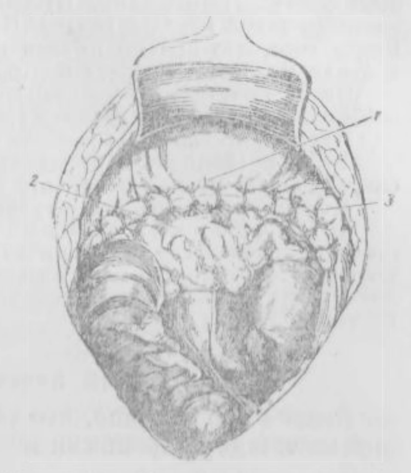


Рис. 196. Перитонизация при помощи сигмовидной кишки.

1 — брюшина мочевого пузыря; 2 — петли сигмовидной кишки; 3 — шов между брюшиной мочевого пузыря и сигмовидной кишки.

Образец описания операции удаления кисты, осложненной обширными спайками.

1. Показания. Наличие кисты яичника, подвергавшейся неоднократно перекручиванию.

2. Наркоз. Общий эфирный.

3. Операция. Разрез передней брюшной стенки по linea alba от симфиза до пупка. Вскрытие париетальной брюшины было затруднено сращениями между брюшиной и сальником. Брюшина вскрыта почти у самого пупка. Через сделанное в брюшине небольшое отверстие введены в брюшную полость два пальца, которыми легко удалось отделить сальник и часть передней поверхности кисты от париетальной брюшины, после чего последняя вскрыта на всем протяжении разреза. Введены брюшные зеркала и обследована брюшная полость ниже пупка. Опухоль, верхняя граница которой пальца на два не доходит до пупка, почти вся окутана сращениями с сальником, петлями тонких кишок и с flexura sigmoidea. Спереди нижний отдел опухоли спаян с брюшиной мочевого пузыря. Справа, в глубине таза, удается дойти до угла матки, от которого можно на некотором протяжении проследить трубу и часть яичника, также окутанных спайками. Опухоль исходит, повидимому, из левого яичника.

Брюшная полость ограждена марлевыми салфетками. Сальник оказался очень длинным, но не толстым. Ввиду плотности сращений между опухолью и сальником конец последнего шаг за шагом резецирован, причем резецированный участок сальника остался в соединении с опухолью. Центральный конец сальника тщательно перевязан узловыми кеттутовыми лигатурами. После освобождения опухоли от сальника обнаружено, что опухоль подверглась значительным изменениям — поверхность кисты шероховата, капсула пестрого цвета (местами желтого, местами темнобурого цвета, со старыми кровоизлияниями). К верхнему полюсу кисты припаян конгломерат тонких кишок. Осторожно подтягивая кишки кверху и отодвигая опухоль книзу, ножницами шаг за шагом были рассечены спайки у самой стенки кисты. Тонкие кишки, таким образом, отделены от опухоли. Далее брюшина мочевого пузыря отделена от нижне-передней поверхности кисты и разделены

[1] Слово «марсупиализация» происходит от названия животных Marsupialia (двуутробок), у которых на брюшной стенке открывается особый мешок брюшины, в котором они донашивают свои новорожденные плоды.

спайки кисты с телом матки и с априетальной брюшиной сзади, после чего обнаружена многократно перекрутившаяся ножка кисты, в которую вовлечена и левая труба. Сращения с сигмовидной кишкой разделены ножницами и киста, освобожденная таким образом на всем протяжении, выведена из брюшной полости. Ножка раскручена и перерезана (и перевязана) ниже перекрута. Отдельные дефекты серозного покрова сигмы восстановлены узловыми кетгутовыми швами. Произведена перитонизация культей с использованием левой круглой связки. Правые придатки легко выделены из спаек. Ввиду того, что правый яичник макроскопически оказался неизмененным, и ввиду молодого возраста больной (24 года) яичник оставлен.

После тщательного удаления кровяных сгустков из брюшной полости и особенно из дугласова кармана брюшная полость послойно закрыта наглухо.

Продолжительность операции — 1 час 20 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Опухоль представляет собой кисту левого яичника, многократно перекрутившуюся. Стенка кисты на всем протяжении подверглась глубоким изменениям и представляет собой безжизненную ткань. Содержимое кисты — темнобурая жидкость без запаха.

д) Резекция яичников (Resectio ovariorum)

Выше было указано, что злокачественные опухоли бывают большей частью двусторонними и что сравнительно большой процент доброкачественных новообразований яичника подвергается злокачественному перерождению. Эти факты заставляют быть весьма осмотрительным при решении вопроса об оставлении второго, непораженного по внешнему виду яичника и об удалении пораженной части яичника с оставлением кажущегося здоровым участка. В возрасте от 40 и более лет вопрос в сомнительных случаях всегда должен решаться в сторону максимального радикализма.



Рис. 197. Резекция яичника. Удаление кистозного образования с сохранением остатка яичниковой ткани.

Бывают, однако случаи, когда чрезмерный радикализм совершенно излишен и вреден, так как удаление такой железы, как яичник, может тяжело отразиться на общем состоянии больной. Это особенно относится к молодым женщинам.

При так называемых ретенционных кистах фолликула или желтого тела, представляющих собой безусловно доброкачественные образования, всегда следует придерживаться принципов консервативной (сохраняющей) хирургии и лишь резецировать (усечь), но не удалять яичника.

Резекция яичника производится следующим образом. Яичник выводят в брюшную рану или подводят к ней. Брюшную полость защищают салфетками. На границе между истонченной стенкой кисты и тканью яичника делают осторожно неглубокий разрез и ниж-

ний полюс кисты тупо выделяют (рис. 197). Раневую поверхность на оставшейся части яичника закрывают непрерывным тонким кетгутовым швом, причем шить нужно реверденовским швом и тонкой иглой (рис. 198). Ввиду хрупкости ткани затягивать лигатуру нужно осторожно.

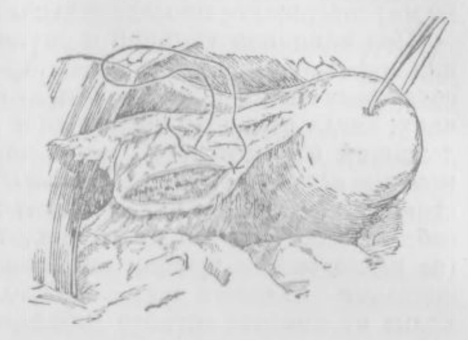


Рис. 198. Резекция яичника. Непрерывным кеттутовым швом зашивается рана в яичнике после иссечения из него патологического участка.

Так называемая интерполярная резекция обоих яичников применяется при metropathia haemorrhagica типа Шредера у молодых женщин, страдающих профузными кровотечениями, не поддающимися консервативному лечению. Яичники в таких случаях чрезвычайно увеличены и нередко содержат множество мелких кист («мелкокистозное перерождение»). Интерполярная резекция заключается в клиновидном иссечении из обоих яичников значительных участков овариальной ткани. Оставшиеся мелкие кисты можно проколоть иглой.

II. ОПЕРАЦИИ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ

а) Операции при воспалительных заболеваниях придатков

Воспалительные (инфекционные) заболевания женских половых органов и в особенности придатков матки (труб и яичников) встречаются более, чем в половине всех случаев гинекологических заболеваний. Наибольшее число случаев среди больных гинекологических стационаров относится к гонорройным заболеваниям. Далее по частоте следуют воспалительные заболевания, вызванные гноеродными бактериями (стрептококком, стафилококком, кишечной палочкой и др.) в послеродовый или послеабортный период. Значительно реже встречается (вернее — диагностируется) воспаление придатков туберкулезного происхождения.

Характерной особенностью заболевания придатков, с точки зрения оперативной техники, является, независимо от этиологии, наличие более или менее обширных и плотных сращений придатков между собой и с органами малого таза (маткой, мочевым пузырем, брюшиной малого таза), кишечником и сальником. Свойства сращений и их локализация чрезвычайно разнообразны и подвержены значительным вариациям в каждом случае. Чрезвычайно плотные спайки наблюдаются при туберкулезе придатков, особенно при сопутствующем адгезивном (слипчивом) перитоните.

Величина воспалительных опухолей (сактосальпинксов или тубоовариальных опухолей) подвержена значительным колебаниям.

Воспаление придатков гонорройного или туберкулезного происхождения бывает обыкновенно двусторонним. Односторонние воспалительные опухоли обычно имеют септическую этиологию.

Содержимое сактосальпинксов может быть серозным (hydrosalpinx) или гнойным (pyosalpinx). В старых случаях (при нормальном содержании в крови лейкоцитов и реакции оседания эритроцитов не более 20 мм) содержимое пиосальпинксов обыкновенно бывает стерильным.

Под влиянием упорной и систематической консервативной терапии нередко удается добиться прекрасных результатов, делающих совершенно излишним хирургическое лечение. Однако и в тех случаях, когда намечено оперативное лечение, предварительное и надлежащим образом проведенное консервативное лечение дает прекрасные результаты, значительно облегчающие и упрощающие предстоящее оперативное вмешательство. Вторым могучим фактором, способствующим излечению воспалительных заболеваний придатков (за исключением туберкулеза) или подготовляющим эти случаи к операции, является время. Чем больше времени (месяцев, лет) проходит от момента острого заболевания (или обострения), тем реже приходится прибегать к операции и тем безопаснее само хирургическое вмешательство. Таким образом, лишь сравнительно небольшой процент огромного числа больных воспалением придатков подлежит оперативному лечению. Чем опытнее и, следовательно, осторожнее становится хирург, тем реже он оперирует по поводу воспаления придатков. Приходится нередко поражаться, какие огромные воспалительные опухоли, по тем или иным причинам не подвергавшиеся хирургическому удалению, почти бесследно исчезают под влиянием правильного лечения. Еще чаще приходится наблюдать обострения болей, новые инфильтраты, экссудаты и сращения у женщин, подвергшихся без достаточных оснований операции по поводу гонорройных изменений придатков.

Особенно осторожно следует ставить показания к операции при гонорройной этиологии воспаления. Дело в том, что в огромном большинстве случаев эти больные находятся в цветущем возрасте и на радикальное лечение в виде удаления полностью придатков и матки, которое несомненно может их исцелить, по понятным соображениям, неохотно идут как больные, так и хирурги. Консервативная операция, сводящаяся к удалению наиболее измененных частей полового аппарата не всегда дает радикальное излечение.

Мы придерживаемся следующих установок при решении вопроса об оперативном лечении воспаления придатков и тазовой брюшины.

1. Мы не оперируем в острый период, за исключением тех случаев, когда при помощи задней кольпотомии можно опорожнить гнойник в дугласовом пространстве, или случаев разрыва гнойного мешка (pyosalpinx), когда операция (чревосечение) производится по жизненным показаниям.

2. Мы оперируем по поводу воспалительных опухолей придатков лишь в тех случаях, когда больные безуспешно подвергались в течение долгого времени (не менее 3 лет) консервативному лечению с максимальным использованием физических и медикаментозных методов лечения.

3. Женщин старше 40 лет мы оперируем с максимальной радикальностью, т. е. вместе с измененными придатками удаляем и матку (суправагинально или тотально).

4. Женщину в возрасте до 40 лет мы избегаем оперировать по поводу воспаления придатков и, если приходится оперировать, то придерживаемся принципов сохраняющей хирургии. Особенно бережно следует относиться к яичникам.

5. При решении вопроса об операции нужно учитывать условия труда и быта больной. При прочих равных условиях необходимость заниматься физическим трудом может служить одним из показаний к оперативному вмешательству.

6. Если воспалительные изменения придатков обнаруживаются во время чревосечения, предпринятого по другому поводу, например, по поводу кисты яичника или фибромиомы матки, то, как правило, больные придатки удаляют.

7. Мы избегаем оперировать по поводу туберкулезного воспаления придатков, предпочитая физические методы лечения. Если все же оперировать приходится, например, при экссудативной форме туберкулеза брюшины или придатков, когда туберкулезный характер опухолей придатков обнаруживается только во время операции, мы избегаем разъединять сращения с петлями кишок. При наличии сращений с кишечником, следует ограничиться пробным чревосечением, так как разъединение сращений при туберкулезе нередко ведет к образованию незаживающих кишечных свищей.

В техническом отношении операция удаления придатков заключается в следующем.

После вскрытия брюшной стенки и основательного ограждения марлевыми салфетками брюшной полости в положении Тренделенбурга (с опущенным головным концом стола) производится в зеркалах тщательный осмотр операционного поля, имеющий целью детально выяснить соотношение патологически измененных органов малого таза. Этот предварительный момент имеет огромное значение при всякой операции, а при удалении воспалительных опухолей придатков предварительное изучение обстановки имеет решающее значение для благоприятного выполнения операции. Нужно найти основные ориентиры (опознавательные пункты), исходя из которых удается постепенно распутать сложные патологические соотношения и с анатомической четкостью провести операцию. Прежде всего нужно найти матку (что не всегда легко удается сделать) и определить соотношения с мочевым пузырем.

Для облегчения дальнейшей ориентировки нужно захватить дно матки пулевыми щипцами или наложить длинную лигатуру («держалку»), отмечаемую пеаном. Разделение спаек нужно начинать с более доступных участков[1].

Рыхлые спайки разделяют рукой, а более плотные безопаснее разделять при помощи ножниц. Никогда не следует разделять плотные спайки в глубине таза «вслепую». Это в лучшем случае ведет к разрыву опухоли, а в худшем — к нарушению целости смежных органов (кишок, мочевого пузыря). Спайки легче разделяются по направлению снизу вверх, т. е. со стороны дугласова пространства

---

[1] См. «Удаление опухолей яичника, осложненных сращениями или нагноившихся».

или со стороны нижней периферии опухолей придатков. Никогда не следует пользоваться при разделении спаек мелкими марлевыми салфетками, взятыми прямо в руку. В процессе операции незаметно для себя их легко оставить в брюшной полости. Если нужно тупым путем разделить спайку, то лучше пользоваться либо марлевым тупфером (на корнцанге), либо средней марлевой салфеткой, отмеченной каким-нибудь инструментом.

При отделении придатков от заднего листка широкой связки, с которым они нередко бывают спаяны, нужно остерегаться поранения мочеточника, проходящего забрюшинно в непосредственной близости с задним листком широкой связки.

Малейшее нарушение целости серозного покрова кишок должно быть тотчас же восстановлено, при помощи тонких кетгутовых швов.

Придатки могут быть отсечены только тогда, когда они выделены

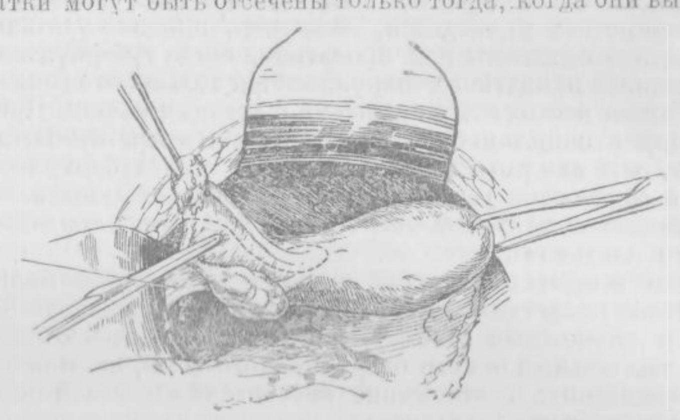


Рис. 199. Удаление трубы. Натянута брыжейка трубы (mesosalpinx). Наложена клемма на lig. tubo-ovariale.

настолько, что можно четко видеть связки (воронко-тазовую и собственно яичниковую) и место перехода трубы в угол матки. Если имеется в виду удаление одной только трубы с оставлением яичника, то последний должен быть четко выделен.

Консерватизм при операциях по поводу воспаления придатков должен в первую очередь относиться к яичникам, как к железам внутренней секреции. Консерватизм может выражаться не только в оставлении яичников целиком, но и в резекции последних (см. стр. 174).

Удаление трубы (salpingoectomia) производится следующим образом. По выделении трубы из спаек накладывают кохер на наружный (фимбриальный) край брыжейки трубы между абдоминальным концом трубы и яичником (lig. tubo-ovariale) (рис. 199). Продвигаясь по направлению к углу матки, мезосальпинкс постепенно перерезают после предварительного наложения кохеров. Угол трубы должен быть клиновидно иссечен (рис. 200). Обыкновенно при иссечении маточного (интерстициального) участка трубы наблюдается незначительное артериальное кровотечение из перерезанного анастомоза между системой a. uterinae и a. tubaria.

Это кровотечение легко остановить при помощи узловых кетгутовых лигатур, наложенных на угол матки (рис. 201). После иссечения трубы кохера заменяют лигатурами, и культи перитонизируют с использованием круглой связки (рис. 202).

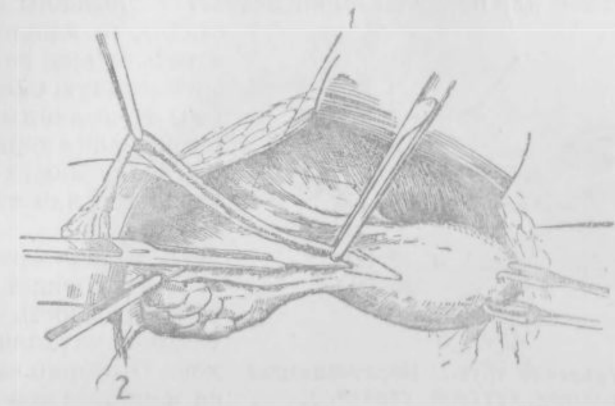


Рис. 200. Удаление трубы. Брыжейка перерезана вдоль всей трубы. Пунктиром намечена линия клиновидного иссечения маточного конца трубы.

Удаление трубы с яичником (salpingo-ophorectomia) или, вернее, отсечение придатков, производится после того, как они полностью выделены из спаек. Сначала

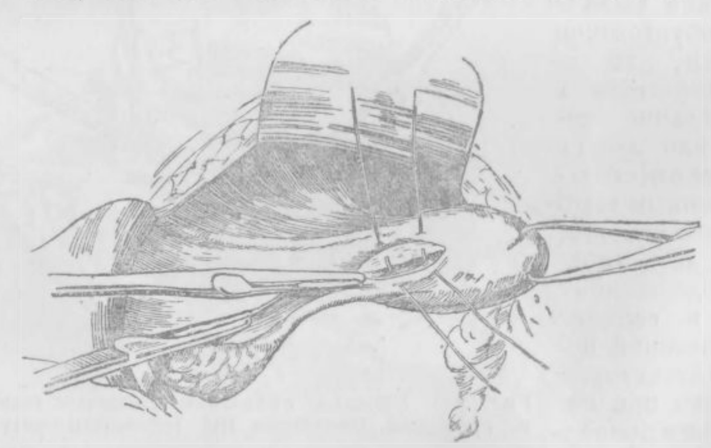


Рис. 201. Удаление трубы. Наложены лигатуры на угол матки, из которого клиновидно иссечен конец трубы.

накладывают кохер или зажимы Микулича на lig. infundibulo-pelvicum, затем по направлению к углу матки захватывают по мере надобности кохерами верхний отдел широкой связки вместе с lig. ovarii proprium и, наконец, ножом клиновидно иссекают интерстициальную часть трубы (рис. 203 и 204).

Связки перерезают и культи перевязывают узловыми лигатурами.

Отдельными лигатурами зашивается и рана в углу матки после клиновидного иссечения трубы. При помощи круглой связки производится перитонизация (рис. 205).

Если в процессе выделения придатков из сращений с брюшиной широких связок для перитонизации нехватает брюшины (особенно сзади), то можно использовать весьма подвижную сигмовидную кишку (рис. 196). Во всяком случае перитонизация должна быть по возможности осуществлена тем или иным способом.

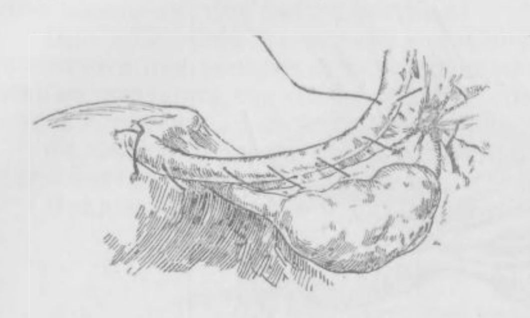


Рис. 202. Удаление трубы. Перитонизация при помощи круглой связки.

В процессе разделения сращений может быть нарушена целость воспалительной опухоли придатков. Особенно часто рвутся наиболее опасные опухоли — пиосальпинксы. Не следует в этих случаях теряться и в панике переходить от одного бесцельного движения к другому. Прежде всего нужно дополнительно защитить брюшную полость марлевыми салфетками. Если женщина была в тренделенбурговском положении, то ее нужно перевести в горизонтальное положение или даже в положение с несколько опущенным тазовым концом для того, чтобы не дать гнойному содержимому затекать в верхние отделы брюшной полости. Вытекающий гной нужно при помощи больших марлевых салфеток тщательно удалить, причем иногда приходится израсходовать и все запасные барабаны с материалом. После освобождения операционного поля от гноя продолжают выделение опухоли. По окончании операции можно зашить брюшную полость наглухо, если есть основание полагать, что гной стерилен (нормальная температура, нормальный лейкоцитоз и реакция оседания эритроцитов). Перед закрытием брюшной полости полезно протереть эфиром операционное поле, загрязненное гноем. В сомнительных случаях осторожнее будет

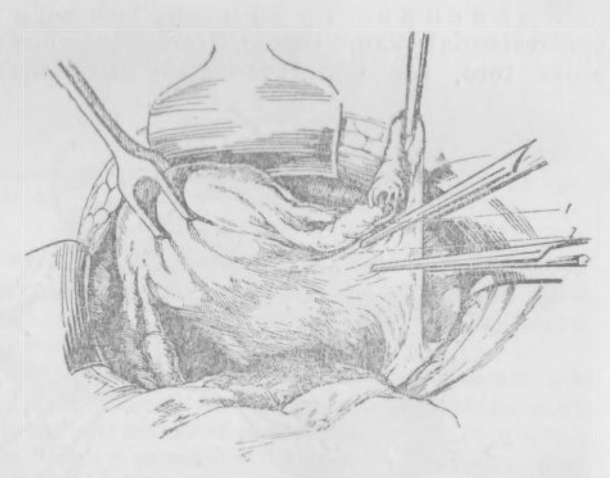


Рис. 203. Удаление придатков: придатки выделены из сращений. Захвачена lig. infundibulo-pelvicum.

применить тампонаду по Микуличу (стр 171) или дренировать малый таз (дугласов карман) через задний свод (стр. 88).

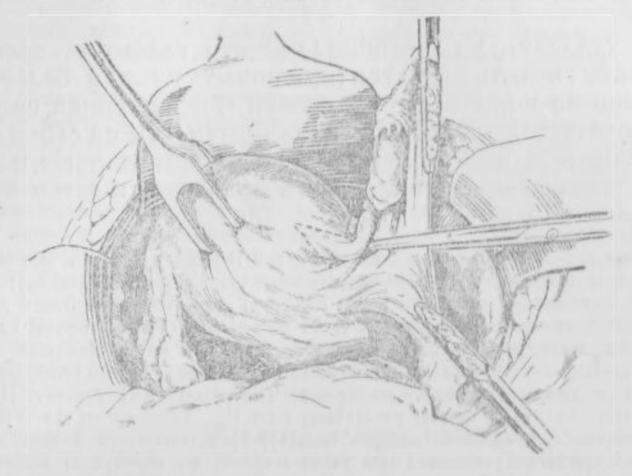


Рис. 204. Удаление придатков. Перерезана lig. infundibulo-pelvicum. Наложен зажим на верхний отдел широкой связки и на lig. ovarii proprium. Пунктиром намечена линия иссечения маточного конца трубы.

При операциях по поводу воспаления придатков мы всегда пользуемся продольным разрезом, который дает больше простора и в случае необходимости может быть продлен за пупок.

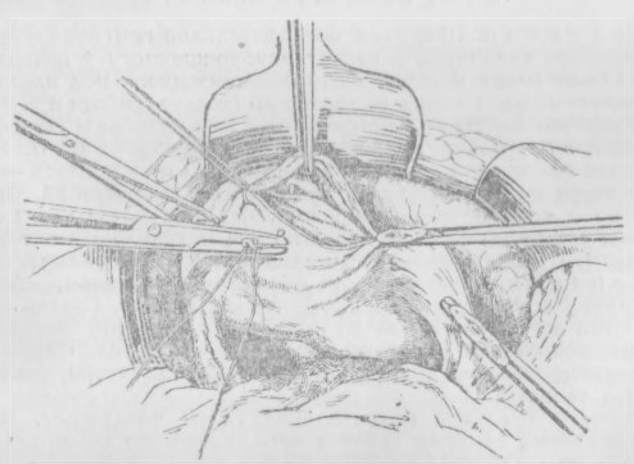


Рис 205. То же. Придатки удалены (клиновидно). Швы на угол матки.

Если после вскрытия гнойной опухоли трубы удалить опухоль полностью не удается, то полость гнойника должна быть безусловно, дренирована при помощи тампона по Микуличу.

В некоторых случаях, когда гнойник настолько окутан сращениями, что сразу выясняется невозможность выделения его, мы тща-

тельно защищаем брюшную полость и вскрываем гнойную полость, не пытаясь выделить опухоль. После удаления гноя полость дренируют.

После удаления из брюшной полости салфеток, загрязненных гноем, нужно сменить перчатки (или помыть руки) и белье, которым была защищена кожа брюшной стенки. Операционная сестра также меняет перчатки, белье, материал и инструменты на своем столе.

Если вместе с воспаленными придатками удаляют и матку, то прежде освобождаются из сращений придатки, а затем приступают к удалению матки (см. ниже).

Основные моменты операции абдоминального удаления придатков (salpingooophorectomia per abdomen): 1) продольный разрез брюшной стенки по linea alba, 2) введение брюшных зеркал и защита брюшной полости салфетками, 3) изучение особенностей случая и патологических топографических соотношений, 4) захватывание дна матки пулевыми щипцами или лигатурой («держалкой»), 5) выделение придатков из паек (на обеих сторонах), перерезка (на клеммах) связок (lig. infundibulo-pelvicum, latum и ovarii proprium или lig. tubo-ovariale и mesosalpinx, если производится только salpingoectomia), 7) клиновидное иссечение маточного отдела трубы, 8) зашивание угла матки, из которого иссечена труба, 9) перевязка культей (замена кохеров лигатурами), 10) тщательная перитонизация и туалет брюшной полости (удаление кровяных сгустков, остатков излившегося содержимого опухоли), 11) извлечение из брюшной полости ограждающих салфеток, 12) послойное зашивание брюшной стенки.

Образец описания операции абдоминальной сальпингоофорэктомии (слева) и сальпингэктомии (справа) (salpingooophorectomia sinistra и salpingectomia dextra)

1. Показания. Наличие воспалительной конгломератной опухоли правых придатков величиной с голову новорожденного у женщины, 29 лет. Постоянные боли внизу живота, часто обостряющиеся под влиянием менструаций, усиленных физических напряжений (ходьба, работа и т. п.) и половой жизни. Безуспешное лечение в стационаре и на курортах в течение ряда лет.

2. Наркоз. Общий эфирный наркоз (105 см³ эфира). За 1 час до наркоза введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini (1%) и за полчаса — еще 0,5 см³ того же раствора морфина. Наркоз протекал без осложнений. Профилактически введено в течение операции 6 см³ Olei Camphorae (по 2 см³), кроме того, давался углекислый газ из подушки (через резиновый катетер, введенный в ноздрю). Продолжительность наркоза — 1 час 10 минут.

3. Операция. Кожа живота обработана бензином, спиртом и иодом; операционное поле защищено стерильным бельем. Сделан продольный разрез по linea alba от симфиза до пупка. По вскрытии брюшной полости разрез продолжен на один поперечный палец выше пупка. Обращала на себя внимание кровоточивость подкожной жировой клетчатки, потребовавшая специального гемостаза.

По вскрытии брюшной полости обнаружено следующее. Чрезвычайно длинный и широкий сальник тянется вниз, покрывая собой органы малого таза. Сальник своим концом припаян ко дну матки, к брюшине пузырно-маточной выемки и к передней поверхности опухоли, исходящей, повидимому, из левых придатков и совершенно скрытой под сальником, из-под которого видны лишь правый угол матки и начало уходящих в малый таз измененных правых придатков. Для лучшей ориентировки приступлено к отсепаровке сальника, что удалось сравнительно легко отчасти при помощи тупого отодвигания, отчасти при помощи резекции наиболее плотно приросших участков сальника. После отделения сальника брюшная полость (кишечник) основательно защищена марлевыми салфетками и продолжен осмотр. Тело матки видно лишь на протяжении дна и обоих углов. Спереди к матке припаяна

брюшина пузыря, сзади к телу матки припаяна опухоль левой трубы (и яичника), которая уходит в глубину таза, будучи как бы прикрыта сверху и спереди широкой связкой. Слева к опухоли припаяна петля сигмовидной кишки. Сзади опухоль припаяна к брюшине прямой кишки и по средней линии спаяна с придатками правой стороны. Правая труба представляет собой ретортообразный мешок толщиной с большой палец, уходящий в глубину дугласова кармана и припаянный к матке и к брюшине заднего листка широкой связки.

На дно матки наложена длинная и толстая кетгутовая лигатура, за которую матка поднята помощником. При помощи ножниц и марлевого тупфера мочевой пузырь отсепарован от тела матки, после чего открылись обе круглые связки. Далее осторожно отделена левосторонняя опухоль от задней поверхности тела матки и придатков правой стороны. Осторожными пилящими движениями пальцев опухоль отделена снизу от стенок дугласова кармана и заднего листка левой широкой связки, благодаря чему опухоль приобрела подвижность, что дало возможность вывести ее из брюшной полости. Под опухоль подведена свежая марлевая салфетка и приступлено к разделению спаек с сигмовидной кишкой. После выделения спаек оказалось, что опухоль представляет собой толстостенный мешок (повидимому, пиосальпинкс), причем ткань яичника совершенно слилась со стенкой мешка. Перерезаны и перевязаны lig. infundibulo-pelvicum sinistrum, верхний отдел широкой связки и собственно яичниковая связка слева; конец трубы клиновидно иссечен.

Правые придатки легко выделены из спаек. Правая труба, выполненная прозрачным содержимым, длинная и извитая, удалена; маточный конец правой трубы также иссечен. Правый яичник, окутанный тонкими сращениями, выделен из последних. Принимая во внимание отсутствие макроскопических изменений яичника и возраст больной (29 лет), мы оставили яичник.

Произведена тщательная перитонизация, для чего использованы обе круглые связки, в результате чего матка поставлена в положение anteversio.

Брюшина малого таза протерта эфиром.

Брюшная стенка восстановлена послойно (как описано выше). Продолжительность операции — 1 час 15 минут. Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия). Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Левосторонняя опухоль представляет собой довольно толстостенную тубо-овариальную опухоль, выполненную зеленым гноем. Поверхность опухоли окутана остатками сращений.

Правая труба извита, утолщена (с большой палец), удлинена и представляет собой типичный гидросальпинкс, содержащий прозрачную жидкость.

б) Операции при внематочной беременности

Подавляющее большинство случаев внематочной беременности составляет трубная беременность. В практическом отношении поэтому имеет значение диагностика и лечение трубной беременности. Чрезвычайно редко удается поставить диагноз прогрессирующей трубной беременности. Как правило, больные поступают с явлениями, характерными для той или иной формы прерывания беременности (трубного аборта или разрыва трубы) и в различные сроки после нарушения последней. Больная может поступить в стационар с явлениями либо свеженарушенной внематочной беременности, либо с явлениями, характерными для более или менее старой внематочной беременности.

В исключительно редких случаях нарушенная внематочная беременность самоизлечивается. Мы считаем правильным оперировать безотлагательно каждый случай диагносцированной внематочной беременности.

Диагноз внематочной беременности в случаях свеженарушенной беременности легко поставить, но в старых случаях он может представить большие трудности, увеличивающиеся по мере удаления от момента прерывания. Особенно запутаны случаи комбинации внематочной беременности и воспаления придатков или случаи старых гематосальпинксов или перитубарных скоплений крови (haematocele peritubaria). Равным образом могут ввести в заблуждение старые заматочные кровяные опухоли (haematocele retrouterina), в особенности нагноившиеся. Сопоставление анамнестических данных с результатами объективного исследования больной дают в большинстве случаев возможность с уверенностью поставить правильный диагноз.

Никогда не следует оперировать без достаточной уверенности в диагнозе и мы отрицательно относимся к хирургам, прибегающим к пробному чревосечению, как к методу диагностики внематочной беременности. В лучшем случае эти хирурги, не найдя внематочной беременности, успокаиваются на том, что удаляют всегда оказывающийся в таких случаях «патологически измененным» червеобразный отросток.

Диагноз внематочной беременности должен быть поставлен точно. В сомнительных случаях следует пользоваться пробной пункцией заднего свода, которую следует считать весьма ценным диагностическим приемом.

Правильно выполненная пункция является совершенно безопасным вмешательством. Подробности техники пункции и оценки результатов, полученных при помощи пункции см. стр. 88.

Никогда не следует отвергать амбулаторно диагноз внематочной беременности, если этот диагноз был поставлен или заподозрен врачом, направившим больную. В таких случаях нужно выдержать больную в стационаре в течение нескольких дней и выписать ее лишь после всестороннего обследования. Такая осторожность необходима, если учесть разнообразие и нередко «коварность» клинической картины внематочной беременности.

В случае положительного результата пункции операция должна быть произведена немедленно.

В острых случаях свеженарушенной внематочной беременности удобнее всего применять общий эфирный наркоз.

Обращает на себя внимание интересный факт: после того как больная засыпает, у нее значительно улучшается наполнение пульса. Это свидетельствует о том, что учащение и падение наполнения пульса до операции часто зависят не только от анемии, но и от раздражения брюшины, излившейся кровью. В старых случаях операцию можно сделать под любым наркозом.

Мы оперируем per vaginam (влагалищным путем) лишь в редких случаях старой внематочной беременности с нагноившейся заматочной кровяной опухолью (haematocele retrouterina). В этих случаях делают заднюю кольпотомию с дренированием дугласова кармана, как описано на стр. 151. В остальных случаях мы оперируем абдоминальным (брюшностеночным) путем.

Излившуюся в брюшную полость жидкую кровь и кровяные сгустки следует, как правило, возможно тщательнее удалить; мы никогда

не пользуемся излившейся кровью для реинфузии (обратного вливания в кровяное русло), а также никогда не промываем брюшную полость ни физиологическим раствором поваренной соли, ни раствором Рингер-Локка.

Для лучшего удаления крови следует по окончании операции и перед закрытием брюшной полости перевести больную из горизонтального положения в положение с опущенным тазовым концом, благодаря чему жидкая кровь стекает в полость малого таза, откуда ее можно легко удалить.

При наличии в брюшной полости большого количества жидкой крови никогда не следует придавать больной тренделенбурговское положение (с приподнятым тазовым концом), чтобы кровь не затекала в субдиафрагмальные щели.

Как правило, беременную трубу следует удалять. Вторую трубу мы удаляем только при наличии несомненных видимых патологических изменений в ней.

Если фимбриальный (абдоминальный) конец трубы открыт, мы трубы не удаляем, в особенности, когда речь идет о молодой бездетной женщине.

Исключительно бережное отношение должен проявить хирург к яичникам; никогда не удалять яичника во время операции по поводу внематочной беременности, как бы ни был он окутан фибринозными наложениями и кровяными сгустками. Во всяком случае вопрос об удалении измененного яичника должен решаться лишь после тщательного осмотра второго яичника.

В свежих случаях внематочной беременности, когда операцию производят по жизненным показаниям, никогда не следует делать попутные операции, как, например, аппендэктомию, иссечение старого рубца после чревосечения, укорочение связок и т. п. Это лишь удлиняет операцию и задерживает принятие необходимых мер, вызываемых тяжелым состоянием больных. Даже в «старых», случаях, когда в тазу и брюшной полости имеется много сгустков, мы неохотно делаем попутную аппендэктомию, считая эту операцию рискованной при внематочной беременности. Как бы осторожно ни удалять аппендикс, все же эту операцию нельзя считать вполне асептичной; кроме того, кровяные сгустки служат хорошей средой для развития микробов. Само собой понятно, что только при совпадении (очень редком!) внематочной беременности с наличием остро воспаленного, а тем более готового к перфорации червеобразного отростка, последний необходимо удалить.

Как всегда, во время операции, особенно во время операции по поводу внематочной беременности, все необходимое для борьбы с острой кровопотерей (сердечные средства, стерильный физиологический раствор поваренной соли, 4,5% раствор глюкозы, стерильная 40% глюкоза) должно быть под руками. В случаях значительной анемии показано переливание крови (400—500 см³).

В случаях тяжелой анемии можно приступить к введению под кожу физиологического раствора или 4,5% раствора глюкозы или к переливанию крови уже на операционном столе, как только захвачена беременная труба.

В техническом отношении операция при трубной беременности сводится к удалению трубы или (в редких случаях) к удалению трубы с яичником (см. выше, стр. 179). В экстренных случаях мы пользуемся исключительно продольным разрезом, который проще и дает больший простор.

Если операция делается с одним помощником, то брюшная рана должна быть раскрыта двустворчатым «самодержащимся» зеркалом.

В случаях свеженарушенной трубной беременности не следует делать больной душ или ванну и ставить клизму, учитывая срочность операции и небезопасность указанных процедур (усиление кровотечения). Безусловно необходимо побрить больную перед операцией и катетером спустить мочу.

Вскрыв брюшную полость и введя зеркала, рукою, введенной в малый таз, тотчас отыскивают беременную трубу. Если это сразу не удается, выводят первую попавшуюся трубу и, если она оказывается небеременной, то захватывают и выводят другую трубу. Нужно иметь в виду, что ткани (труба, матка) при внематочной беременности хрупки и легко рвутся, а лигатуры легко прорезываются. Если беременная труба захвачена рукой, а кровь, заполнившая брюшную полость, заливает брюшную рану, нужно убрать кровь большими марлевыми салфетками или длинным мягким полотенцем. Это обычно дает возможность увидеть и захватить пулевыми щипцами дно матки, которую также выводят в брюшную полость.

На брыжейку трубы накладывают кохер и трубу отсекают, как описано выше, затем клиновидно иссекают и маточный конец. Культи должны быть заперитонизированы. Далее производится тщательный туалет брюшной полости, сводящийся к удалению жидкой крови и кровяных сгустков, которые накапливаются преимущественно в дугласовом кармане и в боковых каналах (canales laterales). Выше было уже указано, что для того, чтобы кровь переместилась в малый таз, нужно к концу операции опустить тазовый конец операционного стола. После осмотра придатков с другой стороны послойно закрывают брюшную стенку.

В более или менее «старых» случаях трубной беременности операция с технической стороны напоминает операцию удаления придатков по поводу воспаления (см. выше, стр. 175). Прежде всего нужно осторожно разделить спайки, которые тем рыхлее и тем легче разъединяются, чем меньше времени прошло с момента прерывания беременности. Иногда разделение сращений, особенно с кишками, представляет большие трудности. В этих случаях нужно помнить, что оставить часть фибринозной капсулы кровяной опухоли на стенке кишки значительно безопаснее, чем нарушить целость ее серозного покрова.

В кровяной опухоли нередко трудно найти яичник, который бывает не только весь окутан фибринозными наслоениями, но даже пронизан кровоизлияниями. Все же яичник следует по возможности оставить, так как после операции и фибринозные наслоения, и паренхиматозные кровоизлияния удивительно быстро рассасываются.

В очень редких случаях ложе кровяной опухоли сильно кровото-

чит, причем диффузное кровотечение не удается остановить. В таких случаях приходится применят тампонаду.

При haematocele retrouterina, когда кровяная опухоль выполняет дугласов карман, рациональнее произвести со стороны брюшной полости тампонаду при помощи бинта с выведением тампона во влагалище через задний свод. Тампон, выведенный во влагалище, желательно изолировать от брюшной полости. Для этого можно использовать сальник, сигмовидную кишку и матку, при помощи которых устраивают нечто вроде перитонеального перекрытия тампона. На 4—5-й день после операции тампон извлекают через влагалище. Если после извлечения тампона повышается температура, то отверстие в заднем своде следует время от времени расширять корнцангом, чтобы создать отток отделяемому, если оно образуется и задерживается в дугласовом кармане.

Операции по поводу внематочной беременности нередко приходится делать в экстренном порядке, притом сплошь и рядом в ночное время. Естественно, что тяжелое состояние больной, необходимость оперировать с максимальной быстротой, нередко в необычной обстановке, со случайными помощниками, необходимость работать в операционном поле, залитом кровью — все это вместе взятое может вывести хирурга из состояния необходимого равновесия и создать возможность для случайного оставления в брюшной полости инородных тел (салфетки, инструменты). Чем сложнее обстановка, тем больше спокойствия и тем меньше суетливости должен проявлять хирург. Лишние 10 минут оперирования не могут погубить больную, а неразумная поспешность может стоить ей жизни. Хирург не должен также забывать о мерах профилактики против оставления в брюшной полости инородных предметов (инструмент, салфетку) (см. главу XVIII).

Основные моменты операции по поводу свежих случаев нарушенной трубной беременности: 1) дезинфекция кожи бензином, спиртом и иодом, 2) продольный разрез по linea alba между симфизом и пупком, 3) введение брюшного зеркала, 4) захватывание рукой и выведение беременной трубы, 5) частичное удаление излившейся крови, мешающей четко оперировать (если нужно), 6) удаление трубы на кохерах (salpingoectomia), 7) перевязка культей, 8) перитонизация культей, 9) туалет брюшной полости (удаление кровяных сгустков и сгустков жидкой крови), 10) осмотр придатков с другой стороны, 11) закрытие брюшной раны.

Образец описания операции по поводу свежих случаев трубной беременности

1. Показания. Наличие нарушенной внематочной беременности, острое малокровие.

2. Наркоз. Общий эфирный наркоз (65 см³ эфира). Продолжительность наркоза — 30 минут. В течение операции введено 3 раза по 2 см³ Ol. Camphorae; кроме того, давалась углекислота.

3. Операция. Ввиду тяжелого состояния больная взята на стол без подготовки. В предоперационной сбриты волосы на mons Veneris и спущена моча. Кожа передней брюшной стенки обработана бензином, спиртом и иодом. Операционное поле защищено стерильным бельем. Брюшная стенка вскрыта послойно по linea alba между симфизом и пупком. Обращает на себя внимание обескровливание тканей. Тотчас по вскрытии париетальной брюшины из брюшной полости вылилось большое количество жидкой крови, заливавшей рану. В брюшную полость введено мягкое полотенце, несколько

впитавшее жидкую кровь. Рукой захвачена увеличенная правая труба, ампулярный конец которой был раздут, а в истмической части было небольшое отверстие с изрытыми краями (место наружного разрыва плодовместилища). На мезосальпинкс наложен вдоль трубы кохер и труба отделена до угла матки. Маточный конец трубы иссечен клиновидно. На угол матки и на брыжейку трубы наложены узловые кетгутовые лигатуры. Правый яичник не изменен. Произведена перитонизация при помощи круглой связки. Жидкая кровь и сгустки тщательно удалены рукой и при помощи марлевых салфеток.

Левая труба несколько отечна и гиперемирована, но абдоминальный ее конец открыт. Левый яичник мелкокистозно изменен Мелкие кисты проколоты иглой.

Брюшная рана закрыта послойно На кожу наложены три шелковых шва и скобки Мишеля.

Продолжительность операции — 30 минут. Ввиду тяжелого состояния больной на операционном столе сделано переливание 400 см^3 одногруппной (I группы — O $\alpha\beta$) крови от донора. После переливания крови состояние больной значительно улучшилось.

Хирург (фамилия), ассистент (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

Образец описания и основные моменты операции по поводу старой трубной беременности в общих чертах совпадают с операциями по поводу воспалительных опухолей придатков (см. выше, стр. 175).

К редким формам внематочной беременности относятся интерстициальная и яичниковая беременность, а также беременность в рудиментарном роге и внематочная беременность больших сроков (второй половины беременности).

При нарушении беременности в интерстициальной части трубы нередко наблюдается катастрофически сильное кровотечение в брюшную полость. Операция заключается в иссечении (клиновидном) плодовместилища вместе с углом матки. При этом вскрывается обыкновенно полость матки. Матку зашивают послойно рядом отдельных кетгутовых лигатур, как, например, при консервативной миомэктомии (стр. 154) При иссечении интерстициальной части трубы приходится обычно рассечь круглую связку и собственную яичниковую связку; концы перерезанных связок должны быть пришиты к матке.

Если в результате нарушения интерстициальной беременности матка разрушена на большом протяжении, рациональнее сделать суправагинальную ампутацию матки.

В случаях яичниковой беременности обычно приходится удалять или резецировать яичник.

При беременности в рудиментарном роге надлежит удалить беременный рог вместе с трубой. Ввиду того, что в оставшемся (нерудиментарном) роге может наступить вполне нормальная беременность, удаление рудиментарного рога следует производить с максимальным консерватизмом не травмируя нормально развитую часть матки.

Случаи доношенной внематочной беременности или внематочной беременности второй половины встречаются так же редко (если не реже) как и выше упомянутые редкие формы. Если в процессе операции не удается более или менее бескровно удалить плаценту, то после удаления плода производится марсупиализация (см стр 173) плодного мешка или тампонада по Микуличу. Послеоперационный период в этих случаях протекает с лихорадкой и длительно, вследствие того что оставшиеся части плодного яйца должны постепенно выгноиться.

в) Операции стерилизации женщины (Sterilisatio)

Стерилизацией называется вмешательство, делающее женщину бесплодной. Стерилизация производится обычно при помощи искусственного образования непроходимости фаллопиевых труб. Простейшим способом стерилизации является обыкновенная перевязка труб при помощи кетгутовой или шелковой лигатуры. Наблюдения показали, что этот способ не вполне надежен, так как проходимость трубы может восстановиться.

Предложено множество способов оперативной стерилизации. Мы пользуемся двумя способами, которые считаем вполне надежными.

Первый способ заключается в следующем. Трубу рассекают по-

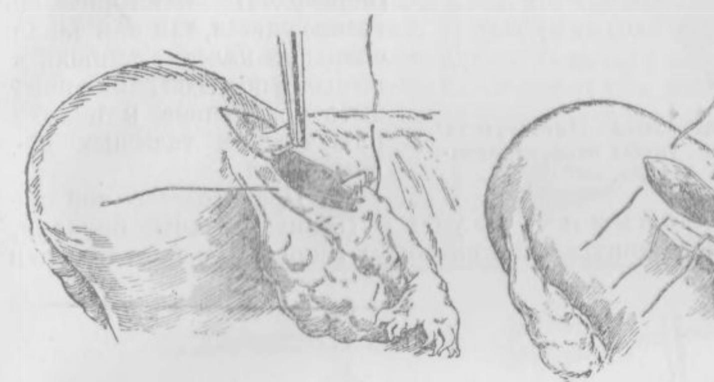


Рис. 206. Стерилизация. Труба перерезана в истмическом отделе. Маточный конец трубы клиновидно иссекается из угла матки.

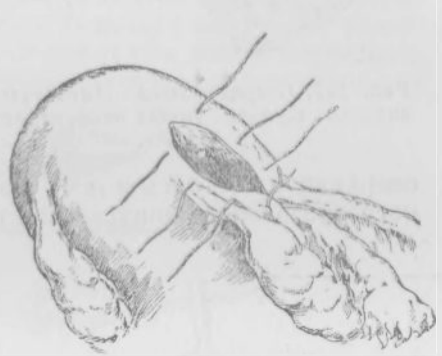


Рис. 206 а. Стерилизация. Наложены швы на угол матки после иссечения отрезка трубы. Периферический конец трубы перевязан лигатурой, концы которой проведены через брюшину (круглую и собственно яичниковую связки).

перек в истмической части на расстоянии 2 см от впадения в матку, и маточный конец иссекают из угла матки клиновидно (рис. 206).

На иссеченный участок в углу матки накладывают две-три кетгутовые лигатуры, а дистальный конец перерезанной трубы перевязывают длинной кетгутовой лигатурой средней толщины. Концы лигатуры проводят под брюшину круглой связки и lig. ovarii proprium (рис. 206а). Когда лигатура завязывается, культя перерезанной трубы погружается под складку брюшины (рис. 207). Операция должна быть выполнена четко без излишнего кровотечения и травматизации ткани. Шить нужно не толстым кетгутом и тонкими иглами.

В тех случаях, когда нужно закончить стерилизацию в минимальный срок (слабость больной, затянувшаяся основная операция и т. п.), можно воспользоваться простым способом стерилизации, предложенным Мадленером (Madlener). Труба вытягивается при помощи кохера в петлю и на некотором расстоянии (1—1,5 см от вершины петли раздавливается крепким зажимом (рис. 208). По снятии зажима трубу на размозженном участке перевязывают крепкой лигатурой.

Способ Мадленера, как видно, очень несложен и в достаточной степени надежен.

К вопросу о стерилизации нужно относиться с большой осторожностью. «В связи с поступающими с мест запросами относительно применения операции перевязки маточных труб (яйцеводов) Народный комиссариат здравоохранения Союза ССР разъясняет для неуклонного руководства:

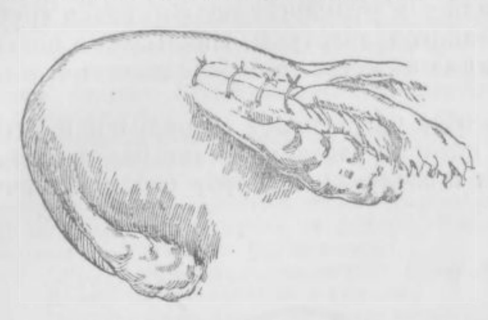


Рис. 207. Стерилизация. Лигатуры завязаны. Культя трубы заперитонизирована.

1. Производство операции перевязки или удаления здоровых маточных труб (яйцеводов) категорически воспрещается, так как такая операция калечит женщин и по своим последствиям может быть приравнена к нанесению тяжких телесных повреждений.

2. Производство той же операции на больных трубах (воспалительные опухоли, новообразования) допускается на общих основаниях со внесением

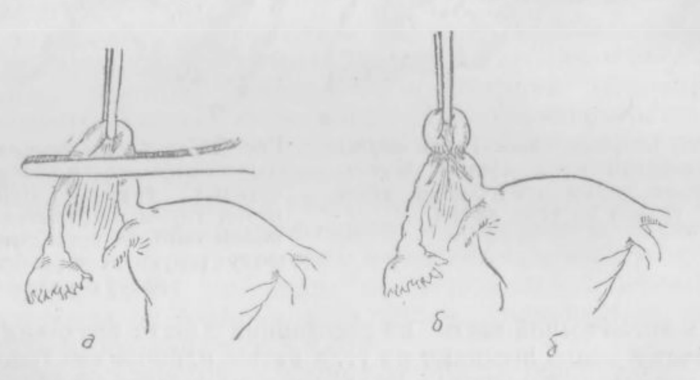


Рис. 208. Стерилизация по Мадленеру. Петля трубы зажата крепким кохером. В размозженном участке петля перевязана.

в историю болезни показаний к операции и условий, необходимых для ее производства.

3. В особо исключительных случаях, когда операцию перевязки здоровых труб приходится производить у женщин, нуждающихся в ней по строгим медицинским жизненным показаниям, таковая допускается после тщательного обследования данного случая в порядке консилиума из трех врачей соответствующих специальностей (с непременным участием специалиста акушера-гинеколога), заключение которых должно быть оформлено посредством записи в истории болезни за подписью всех консультантов». (Разъяснение Наркомздрава СССР от 1/VII 1939 г.).

г) Продувание труб (Pertubatio)

Среди патологических моментов женского бесплодия непроходимость труб гонорройной этиологии занимает выдающееся по частоте место. В тех случаях, когда трубы прощупываются в виде опухолей (сактосальпинксов) причина бесплодия ясна, в то время как во многих случаях бесплодия придатки не прощупываются, и данные пальпации не дают возможности судить о функциональном состоянии труб.

Для выяснения проходимости фаллопиевых труб в настоящее время применяется продувание, предложенное американским врачом Рубином и разработанное рядом других врачей.

Продувание труб заключается в том, что в полость матки вдувается под давлением воздух, который, не находя выхода из матки, устремляется в трубы. Если трубы проходимы, то воздух попадает в брюшную полость. Прохождение воздуха через трубы можно определить по своеобразному шуму, выслушиваемому при помощи стетоскопа или

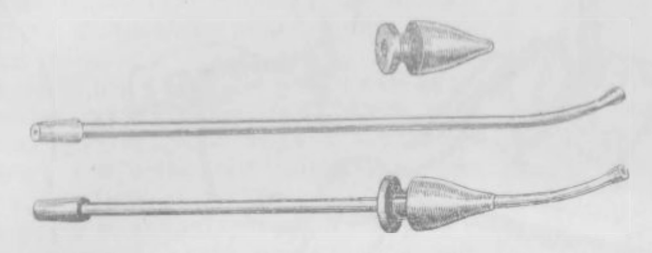


Рис. 209. Наконечники с насадкой для продувания труб.

фонендоскопа со стороны передней брюшной стенки (несколько выше пахового сгиба) или по падению давления, под которым вводится в матку воздух. Для измерения давления мы пользуемся обыкновенным ртутным манометром из прибора для измерения кровяного давления.

Для продувания труб нужно иметь следующие инструменты: 1) влагалищные зеркала для обнажения шейки, 2) пулевые щипцы (двое) для захватывания шейки, 3) длинные пинцеты или корнцанги для дезинфекции кожи и влагалища, 4) зонд Плейфера для протирания цервикального канала, 5) маточный наконечник (от шприца Брауна) или тонкий металлический женский катетер (рис. 209), 6) конусообразную резиновую пробку (от шприца Тарновского), 7) часть аппарата Рива-Роччи, состоящую из двойного резинового баллона, соединенного со ртутным манометром при помощи резиновой трубки, отводящей воздух (рис. 210), 8) стетоскоп или, лучше, фонендоскоп.

Ртутный манометр может быть заменен любым другим манометром, а двойной резиновый баллон может быть заменен большим шприцем емкостью в 150 — 200 см³.

Продувание производят следующим образом.

У женщины должен быть опорожнен мочевой пузырь и кишечник (при помощи клизмы). Кожа наружных половых органов и влагалище протирают спиртом. Желательно (но необязательно), чтобы волосы на половых частях были сбриты. Инструменты для продува-

вания и отводящая резиновая трубка (кроме манометра), конечно, должны быть стерильны.

Продувание производится на гинекологическом кресле.

После обнажения в зеркалах шейки на переднюю губу последней тангенциально накладывают пулевые щипцы, т. е. захватывают ее таким образом, чтобы они не проникали в цервикальный канал (рис. 211). Если имеется старый разрыв шейки, то нужно захватить и

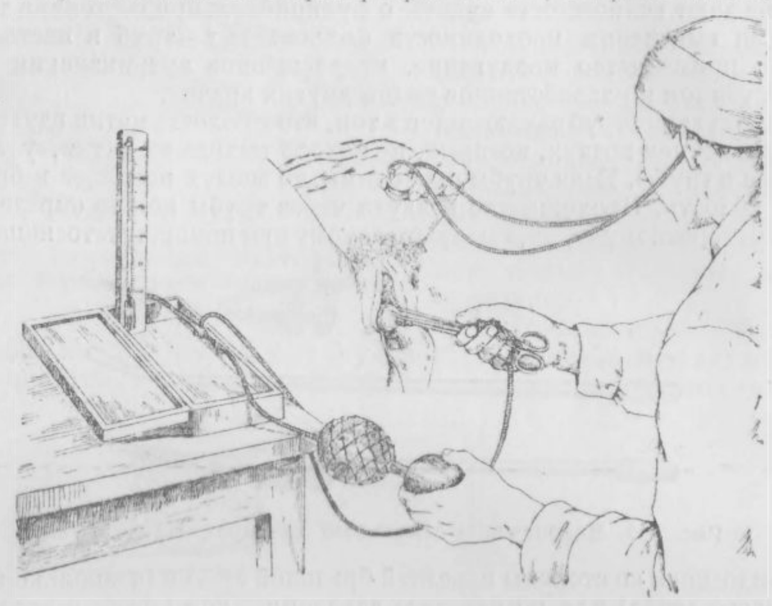


Рис. 210. Продувание труб. Наконечник с конусовидной насадкой введен в матку. Под контролем манометра в полость матки нагнетается воздух.

заднюю губу другими пулевыми щипцами. Цервикальный канал нужно осторожно протереть спиртом при помощи плейферовского зонда. На маточный наконечник или тонкий катетер резиновую конусообразную пробку насаживают, оставляя кусок наконечника достаточной длины для того, чтобы можно было его завести за внутренний зев и притом плотно прижать насадку к наружному зеву. Наконечник соединяют с отводящей резиновой трубкой манометра и вводят в матку. Одной рукой можно держать пулевые щипцы и наконечник, введенный в матку, плотно прижимая пробку к наружному зеву; другой рукой нагнетают воздух (манометр стоит на столике рядом с врачом, рис. 210). Помощник держит зеркало. Выслушивать шум от прохождения воздуха через фаллопиеву трубу может помощник или сам хирург при помощи фонендоскопа. Фонендоскоп придерживает либо сама больная, либо помощник, который переставляет трубку фонендоскопа с места на место (с одной подвздошной области на другую).

Во время продувания нужно следить за тем, чтобы пробка (конусообразная насадка на катетере) была плотно прижата к наружному зеву и, чтобы воздух, нагнетаемый в полость матки, не выходил наружу. Если пробка не закрывает герметически полость матки, воздух

с шумом вырывается между зевом и пробкой, причем нередко образуются пузырьки воздуха, смешанные со слизью цервикального канала.

Давление воздуха в полости матки не должно превышать 200 мм ртутного столба. Обыкновенно ограничиваются меньшим давлением (до 150 мм). Возрастание давления увеличивает возможность воздушной эмболии или разрыва трубы, если последняя запаяна не в интерстициальной своей части, а на протяжении или в абдоминальном конце.

Если трубы непроходимы, то никакого шума прохождения воздуха при выслушивании через брюшную стенку не слышно. Ртутный столбик манометра, достигнув определенного уровня, остается на этом уровне и не падает, если пробка хорошо прижата и нет утечки воздуха из полости матки через цервикальный канал. Больная может испытывать чувство давления воздуха внизу живота, но характерных болей от попадания воздуха в брюшную полость она не испытывает.


Рис. 211. Захватывание шейки пулевыми щипцами без проникания в цервикальный канал (тангенциально).

Если же трубы проходимы, можно услышать характерный шум (нечто вроде свиста) прохождения воздуха через трубы, причем тон шума тем выше, чем уже просвет трубы (или суженное место в трубе). Столбик ртути в манометре падает со 150—200 мм давления, под которым воздух находился в матке, до 100 мм, а при совершенно свободном просвете трубы, — даже ниже 60 мм. Таким образом, по характеру шумов и по высоте уровня, до которого падает давление, можно до некоторой степени судить не только о проходимости, но даже и о степени проходимости. Воздух, попадающий в брюшную полость, в случае проходимости труб может подняться к диафрагме между последней и печенью. При перкуссии в этом случае уменьшается или даже исчезает печеночная тупость (до того ясно определявшаяся). Больная может испытывать боль в плече и в лопатках (особенно в правой), отдающую в руки, что также может служить симптомом проходимости труб. Эти боли могут быть довольно интенсивными, но они не опасны и быстро проходят. Иногда боли возникают только после того, как больная переходит из горизонтального (лежачего) положения в вертикальное, при котором воздух легче поднимается кверху. В некоторых случаях боли появляются через несколько часов или даже на следующий день после продувания.

В случае отрицательного результата первого продувания нужно в тот же сеанс несколько раз с промежутками в 2—3 минуты повторить продувание, так как иногда под влиянием введения воздуха в полость матки происходит спазматическое сокращение маточного отдела труб, которое через несколько минут проходит.

По месту, где лучше всего прослушивается шум (справа или слева), можно судить о том, какая труба проходима. Иногда больные сами чувствуют прохождение воздуха через трубу и точно локализуют свое ощущение.

После продувания больная должна спокойно полежать в течение 1—2 часов.

Продувание труб, как видно, является несложным вмешательством, которое может, однако, дать (правда, весьма редко) ряд осложнений, вплоть до смертельного исхода. Во избежание осложнений и неудач необходимо соблюдать определенные правила.

1. Продувание следует делать между 4-м и 7-м днем после окончания менструации, так как в это время полностью ликвидируются изменения, вызванные в эндометрии менструальной десквамацией, и нет еще набухания слизистой, характерного для секреторной фазы.

2. Придатки не должны быть пальпаторно увеличены и болезненны.

3. Температура должна быть нормальной.

4. Реакция оседания эритроцитов должна быть нормальной.

5. Влагалищная флора должна иметь I—II степень чистоты.

6. После перенесенного воспаления придатков должно пройти не менее 3 месяцев, даже если температура, реакция оседания эритроцитов и прочее нормальны.

7. Не следует делать продувание в тех случаях, когда по анамнестическим данным наблюдаются более или менее частые обострения воспалительного процесса в придатках.

Осложнения после продувания труб можно свести к ничтожному минимуму, если строго придерживаться указанных правил при выборе случаев.

Большинство гинекологов делают продувание амбулаторно. Мы советуем врачам, впервые приступающим к продуванию труб, первые случаи проводить в стационаре. После приобретения достаточного навыка можно делать продувание труб и амбулаторно, если нет возможности поместить больную в стационар.

Все данные предварительного обследования больной, которой делается продувание, а также данные бимануального исследования и результаты продувания должны быть подробно занесены в историю болезни или амбулаторную карту.

Продувание труб является диагностическим пособием и не должно рассматриваться как лечебный метод в терапии трубного бесплодия. Тем не менее изредка наблюдаются случаи беременности после продувания труб. Таким образом, продувание труб может иногда давать и терапевтический эффект. При ограниченной проходимости труб (под давлением в 80—120 мм) полезно повторять продувание с промежутками в 2—3 месяца.

В случаях непроходимости труб можно с точностью установить место, в котором труба непроходима. Для этого применяется при помощи лучей Рентгена так называемая м е т р о с а л ь п и н г о г р а ф и я, т. е. просвечивание матки и труб, наполненных контрастным веществом (например, йодолиполом, иодипином или липиодолом).

а) Суправагинальная ампутация матки без придатков (Amputatio uteri supravaginalis sine adnexis per abdomen)

Суправагинальной ампутацией матки называется оперативное удаление тела матки на уровне внутреннего зева в области надвлагалищной части шейки матки (pars supravaginalis colli uteri). Таким образом, от матки после этой операции остается только шейка.

В некоторых случаях удается ампутировать тело матки несколько выше внутреннего зева, что позволяет сохранить женщине незначительный участок эндометрия, который при наличии функционирующих яичников может в редуцированном (уменьшенном) виде менструировать. Обычно менструации после суправагинальной ампутации не бывает.

При суправагинальной ампутации совершенно не приходится вскрывать влагалище, а секрет цервикального канала в области внутреннего зева обычно бывает стерильным. Таким образом, надвлагалищная ампутация матки, производимая per abdomen (брюшностеночным путем), является операцией, которая протекает в условиях совершенно асептического операционного поля (за исключением случаев, когда операция производится по поводу воспалительного процесса в придатках или по поводу, например, самопроизвольного разрыва или перфорации беременной матки).

В зависимости от состояния придатков матка ампутируется без придатков (sine adnexis) или с придатками (cum adnexis).

В техническом отношении операция заключается в следующем

По вскрытии брюшной полости (продольным или поперечным разрезом передней брюшной стенки) брюшная рана раскрывается зеркалами и больная переводится в тренделенбурговское положение (в положение с поднятым тазовым концом операционного стола). Тренделенбурговское положение может быть придано больной и до начала разреза, что уменьшает опасность случайного поражения кишечника при вскрытии париетальной брюшины.

По вскрытии брюшной полости нужно прежде всего «ориентироваться в случае», т. е. изучить особенности данного случая, топографические соотношения, которые бывают обычно нарушены. Последнее имеет большое значение, ибо не так уж редко точный диагноз устанавливается лишь на операционном столе, когда вскрыта брюшная полость.

Матку нужно захватить крепкими двузубцами Дуайена и вывести из брюшной полости. Если матка содержит плотную опухоль (фибромиому), можно воспользоваться специальным штопором, который вводят в верхний сегмент опухоли. Если опухоль «свободна» т. е. не имеет сращений, то выведение ее обычно не представляет особых трудностей, особенно если разрез не слишком мал. Опухоль нужно повернуть таким образом, чтобы она выводилась наименьшим диаметром, причем при выведении нужно не только тянуть опухоль, но и слегка ее раскачивать. Помощник и хирург в это время нажимают на края раны, как бы выдавливая опухоль из брюшной полости (сравни рис. 186). Никогда нельзя с силой выводить опухоль (матку),

если она сращена с органами брюшной полости или с брюшиной. Слепое и грубое выведение может повлечь за собой тяжелые повреждения органов, например, кишки или мочевого пузыря. В этих случаях нужно удлинить разрез и, постепенно подтягивая матку (опухоль), разъединить спайки, после чего опухоль можно безопасно вывести в брюшную рану.

Когда опухоль (матка) выведена из брюшной полости ее следует приподнять и подтянуть по направлению к лонному сочленению и тщательно заложить марлевые салфетки, отодвигающие кишки и защищающие брюшную полость. Далее, необходимо ориентироваться относительно новых топографических соотношений, создавшихся по выведении опухоли из брюшной полости.

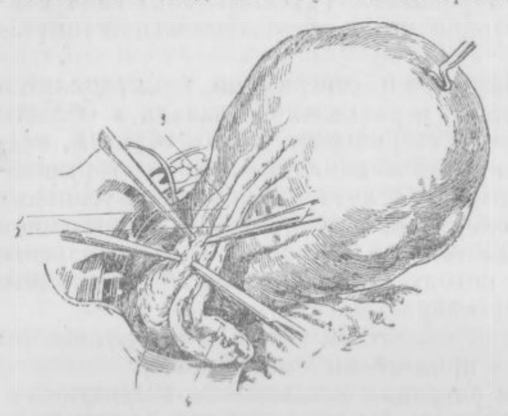


Рис. 212. Надвлагалищная ампутация матки. Зажаты кохерами труба (1), собственно-яичниковая связка (lig. ovarii proprium) (2) и круглая связка (3).

Если придатки окутаны спайками, нужно их освободить и, в зависимости от их состояния, решить вопрос об их судьбе, т. е. оставить их или удалить. Нередко удаляют тело матки с какой-нибудь частью придатков (например, с трубами или с придатками с одной только стороны).

Когда спайки разъединены и хирург совершенно ясно представляет себе ситуацию (оперативную топографическую обстановку), он может приступить к операции надвлагалищной ампутации матки в собственном смысле слова.

Обыкновенно начинают с правой стороны. Если натянута круглая связка, то начинают с нее, далее перерезают трубу и lig. ovarii proprium. Для этого яичник приподнимают пальцами или пинцетом и, несколько отступя от ребра матки, зажимают кохером или изогнутым зажимом Микулича. Параллельно основному кохеру накладывают контрклемму, для того чтобы после рассечения зажатого участка не было обратного кровотечения. Трубу и собственно яичниковую связку между кохерами перерезают ножницами (рис. 212), причем нужно оставить над кохером полоску ткани шириной не менее 0,5—0,75 см. Резать ножницами нужно не далее конца кохера. Хорошо ложится лигатура, если ножницами слегка надрезается ткань у самого конца кохера перпендикулярно к последнему (рис. 156 и 157). Если собственно яичниковая связка и труба отстоят друг от друга на большом расстоянии (при больших опухолях или при интралигаментарном расположении узла), то их нужно захватить кохерами порознь. Тотчас же после того как труба и связка яичника перерезаны, перевязывают культю. И в дальнейшем не рекомендуется на-

капливать кохеры в операционном поле и каждый раз после перерезки связки или сосуда сейчас же следует заменять зажим лигатурой. Лигатура на культю трубы и связки яичника отмечается пеаном и остается несрезанной до конца операции (до момента перитонизации). Далее перерезают и перевязывают между двумя кохерами круглую связку, а лигатуру также отмечают пеаном.

Если между культями круглых связок и придатков остается мостик брюшины, то его нужно перерезать. То же нужно сделать и на другой стороне.



Рис. 213. Надвлагалищная ампутация матки. Пинцетом приподнята plica vesico-uterina, которая перерезается куперовскими ножницами

1—брюшина, покрывающая мочевой пузырь, *2*—культя круглой связки.

Подтянув пинцетом брюшину, ножницами надрезают задний листок широкой связки вдоль ребра матки до уровня внутреннего зева с обеих сторон. Затем, подтянув за лигатуру культи круглых связок, перерезают передний листок широкой связки и plica vesico-uterina.

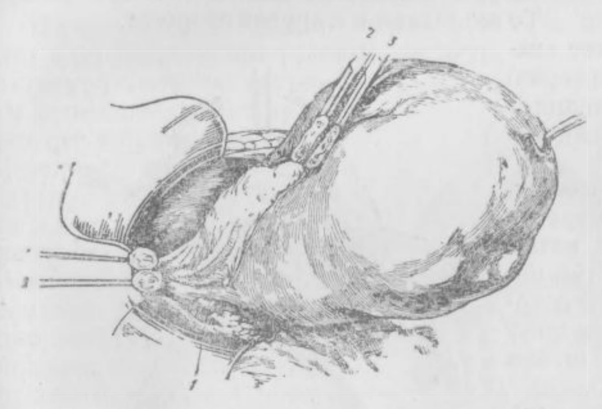


Рис. 214. Надвлагалищная ампутация матки.

1—a. uterina; *2*—культя круглой связки; *3*—культя трубы и собственно яичниковой связки.

Для того, чтобы разрезать пузырно-маточную брюшинную складку (plica vesico-uterina), нужно захватить пинцетом и приподнять в виде конуса брюшину, отступя от места перехода подвижной пузырной брюшины в неподвижную брюшину, покрывающую тело матки. Брюшину нужно, таким образом, резать в том месте, где под ней находится рыхлый слой клетчатки, расположенной между пузырем и шейкой (рис. 213). Перерезанный пузырный край брюшины с мочевым пузырем несколько отсепаровывают от шейки матки (рис. 220).

Для того, чтобы ампутировать тело матки, нужно перерезать с обеих сторон маточные артерии и одноименные вены на уровне внутреннего зева. Обычно начинают с правой стороны. Матку энергично подтягивают в левую сторону. Через рыхлую клетчатку просвечивает вытянутый сосудистый пучок (рис. 214). Для того чтобы

сделать сосудистый пучок видимым и доступным, иногда приходится при помощи пинцета и ножниц надсечь клетчатку впереди сосудов. Осторожным движением марлевого тупфера перерезанную клетчатку отодвигают по направлению книзу — к шейке матки.

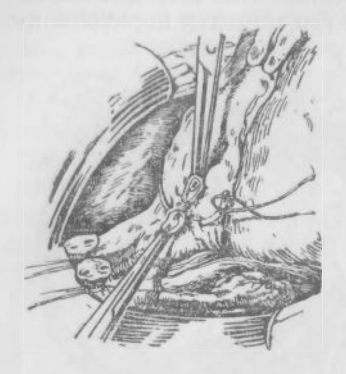


Рис. 215. Надвлагалищная ампутация матки. A. uterina между клеммами перерезана на уровне внутреннего зева. Для перевязки артерии иглой проводится лигатура под концом кохера, которым зажат сосудистый пучок. Игла проникает в ткань шейки.

Захватив сосудистый пучок с окружающей его клетчаткой (но без брюшины) кохером и, наложив контрклемму, нужно перерезать захваченные сосуды (a. uterina). Кохеры нужно накладывать перпендикулярно к ребру матки, как бы скользя концами раскрытого кохера по периферии шейки. Сосудистый пучок нужно перерезать, дойдя концом ножниц до мышечной ткани шейки. Перерезанную. a. uterina перевязывают надежной кетгутовой лигатурой, причем иглой прокалывают самую ткань шейки несколько ниже кохера (рис. 215). Как всегда, лигатуру один раз завязывают впереди кохера, а затем один конец лигатуры подводят под рукоятку кохера, и лигатуру окончательно завязывают три раза (кетгутовые лигатуры мы всегда завязываем три раза). То же делают и с другой стороны.

Никогда не следует захватывать маточную артерию вслепую: это предохраняет от случайного поранения мочеточников.

Когда перевязаны с обеих сторон a.a. uterinae, остается только отрезать тело матки несколько выше культей маточной артерии. Крестцово-маточные связки и брюшину на задней поверхности шейки матки не перерезают.

Захватив шейку матки пулевыми щипцами и придерживая матку, как показано на рис. 216, ножом отсекают тело матки на уровне внутреннего зева и в последнюю очередь рассекают брюшину, покрывающую тело матки и шейку сзади.

Культю шейки зашивают тремя отдельными кетгутовыми лигатурами, закрывая.

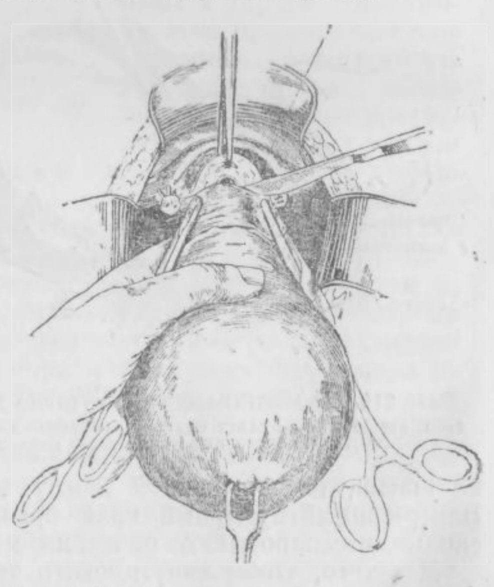


Рис. 216. Надвлагалищная ампутация матки. Пулевыми щипцами захвачена шейка матки. Ножом отсекается матка несколько выше маточных артерий (на уровне внутреннего зева).

таким образом, отверстие цервикального канала и кровоточащую (правда, несильно) поверхность культи шейки (рис. 217).

Операция надвлагалищной ампутации заканчивается тщательной перитонизацией культей круглых связок, придатков и шейки.

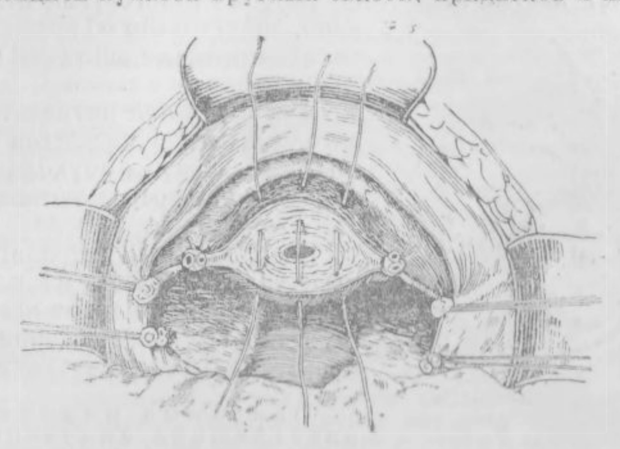


Рис. 217. Надвлагалищная ампутация матки. Культя шейки зашивается тремя узловыми кетгутовыми лигатурами.

Перитонизацию можно выполнить при помощи непрерывного шва или при помощи узловых лигатур, как показано на рис. 218. Лигатура с каждой стороны проводится через край пузырной брюшины, через брюшину, покрывающую круглую связку и придатки и выводится через брюшину, покрывающую заднюю поверхность шейки. Завязав перитонизирующие лигатуры, мы, таким образом, погружаем культи под брюшину. С помощью одной-двух лигатур закрывается пузырной брюшиной культя шейки (рис. 219).

Рис. 218. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация при помощи непрерывного шва с погружением культей.

По окончании перитонизации больная переводится в горизонтальное положение, из брюшной полости извлекают салфетки и зеркала, а затем закрывают послойно брюшную полость.

П р и и н т р а л и г а м е н т а р н о м (межсвязочном) расположении фиброматозных узлов поступают следующим образом. Перерезают и перевязывают круглую связку, трубу и собственно яич-

пиковую связку. Между культями перерезанных связок рассекают брюшину и приступают к тупому выделению интралигаментарного узла, как это примерно делается при выведении интралигаментарно расположенной кисты. Выделение фиброматозного узла можно, однако, значительно облегчить, захватив его крепкими щипцами и подтягивая кверху.



Рис. 219. Надвлагалищная ампутация матки. Перитонизация при помощи отдельных лигатур. Лигатура проводится через край пузырной брюшины, через трубу, собственно яичниковую связку и через брюшину, покрывающую шейку сзади. Вид после перитонизации.

При выделении интралигаментарного узла нужно держаться строго в пределах капсулы опухоли и всегда помнить о непосредственной близости мочеточника.

После того как интралигаментарные узлы выделены из клетчатки, можно, не отделяя их от матки, приступить к выполнению типичной суправагинальной ампутации.

Основные моменты надвлагалищной ампутации матки (amputatio uteri supravaginalis per abdomen): 1) дезинфекция кожи передней брюшной стенки бензином, спиртом и иодом, 2) защита операционного поля стерильным бельем («одевание» больной), 3) разрез (продольный или поперечный) брюшной стенки и вскрытие брюшной полости, 4) введение брюшных зеркал и изучение особенностей случая, 5) выведение матки (опухоли) из брюшной полости в брюшную рану, 6) защита кишечника марлевыми салфетками или полотенцами, 7) перерезка и перевязка lig. ovarii proprii, трубы и круглой связки, 8) рассечение брюшины между ними (если нужно), 9) рассечение заднего и переднего листков широкой связки вдоль ребра матки (опухоли) до уровня внутреннего зева, 10) моменты 7, 8 и 9 — на другой стороне, 11) рассечение пузырно-маточной брюшинной складки (plica vesico-uterina) и отделение мочевого пузыря от шейки книзу, 12) перерезка и перевязка сосудистого пучка на уровне внутреннего зева (a. uterina), 13) то же с другой стороны, 14) ампутация (отсечение) тела матки, 15) швы на культю шейки, 16) перитонизация, 17) перевод больной из тренделенбурговского в горизонтальное положение и извлечение из брюшной полости марлевых салфеток, 18) закрытие (послойное) брюшной раны.

По мере накопления опыта у хирурга и в зависимости от особенностей случая строгая последовательность моментов операции может быть частично изменена, но в основном операция должна выполняться по строгому плану. Только методическое соблюдение последовательности действий может гарантировать анатомически четкое оперирование, дающее наилучший конечный эффект.

Образец описания операции надвлагалищной ампутации матки без придатков

1. Показания. Наличие большой фибромиомы матки, верхняя граница которой находится на два пальца выше пупка у женщины 37 лет. Быстрый рост опухоли.

2. Наркоз. Внутривенное введение гексенала (30 см³ 10% раствора и 10 см³ 5% раствора). Всего введено 1,5 г гексенала. Предварительно за 1 час до операции введен 1 см³ 1% Sol. Morphini hydrochlorici и за полчаса —

0,5 см³ того же раствора. Наркоз протекал без осложнений. В течение наркоза время от времени давалась углекислота из подушки через резиновый катетер, введенный в ноздрю. Продолжительность наркоза (введение раствора гексенала) — 40 минут.

3. Операция. Сделан продольный разрез передней брюшной стенки по linea alba от симфиза до пупка. По вскрытии брюшной полости оказалось, что опухоль представляет собой большую фибромиому матки, состоящую из трех больших, частично субсерозных узлов, из которых один узел (справа) расположен нижней своей частью межсвязочно. В общем опухоль подвижна. Придатки с обеих сторон нормальны. В яичниках — много мелких кистозных образований. Справа труба находится на значительном расстоянии от lig. ovarii proprium, причем листки мезосальпинкса и труба распластаны по узлу. Обращает на себя внимание значительное развитие венозных сосудов в верхнем отделе широкой связки с обеих сторон. Опухоль поставлена «ребром», благодаря чему ее удалось вывести из брюшной раны, не увеличивая разреза. В виду того, что правая круглая связка была очень напряжена и мешала максимальному выведению опухоли, связка перерезана между двумя кохерами и перевязана. Опухоль сейчас же поддалась, после чего перерезаны и перевязаны порознь правая труба и собственно яичниковая связка, несколько отступя от места их впадения в матку. Над узлом перерезана брюшина между круглой связкой, трубой и lig. ovarii proprium, причем на кровоточащие сосуды наложены отдельные кетгутовые лигатуры. После тупого отделения брюшины интралигаментарный узел захвачен крепкими щипцами, подтянут энергично кверху и тупо (пальцем) выделен и выведен из клетчатки. После этого вся опухоль была полностью выведена из брюшной полости. Перерезаны и перевязаны слева придатки и круглая связка. Задний листок брюшины рассечен по ребру опухоли до нижнего ее полюса. Перерезана plica vesico-uterina и передний листок широкой связки от одной круглой связки до другой, а мочевой пузырь сантиметра на два отсепарован от шейки. Перерезаны и перевязаны приблизительно на уровне внутреннего зева aa. uterinae с венами, после чего опухоль несколько выше культей маточных сосудов отсечена ножом. На культю шейки наложено три кетгутовые лигатуры. Произведена тщательная перитонизация с погружением культей. Придатки оставлены. Мелкие кистозные образования (величиной с горошину) в яичниках проколоты иглой.

Салфетки извлечены в горизонтальном положении больной, благодаря чему сальник хорошо низвелся ко входу в малый таз. Брюшная рана зашита послойно. Ввиду значительного развития подкожно-жирового слоя и относительной анемичности больной (42% гемоглобина) апоневроз зашит узловыми кетгутовыми лигатурами. Кожа с подкожной клетчатки соединена тремя шелковыми лигатурами и скобками Мишеля.

Продолжительность операции — 45 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Удаленная опухоль представляет собой тело матки, совершенно деформированное тремя большими фиброматозными узлами. Длина полости тела матки — 12 см. По вскрытии полости оказалось, что слизистая матки не имеет видимых изменений. На задней стенке матки имеется подслизистый узел величиной с мандарин. Узлы на разрезе представляются доброкачественными. Опухоль направлена для гистологического исследования.

б) Суправагинальная ампутация матки с придатками (Amputatio uteri supravaginalis cum adnexis)

Для того, чтобы вместе с телом матки удалить и придатки (трубы и яичники), нужно внести некоторые изменения в описанную выше методику удаления тела матки без придатков.

Прежде всего нужно выделить придатки из спаек (если таковые имеются), для того, чтобы можно было с достаточной четкостью пере-

резать воронко-тазовую связку (lig. infundibulo-pelvicum) и верхний отдел широкой связки ниже и вдоль яичника и собственно яичниковой связки.

После выведения матки (опухоли) в брюшную рану и освобождения придатков из спаек (если таковые имеются) зажимают двумя кохерами правую (мы начинаем обыкновенно справа) воронко-тазовую связку. Между кохерами связку перерезают, и кохер заменяют лигатурой, которая отмечается пеаном и оставляется до конца операции (до момента перитонизации) (рис. 203, 204). Нужно быть осторожным при захватывании кохером воронко-тазовой связки, так как в непосредственной близости под ней проходит мочеточник, который в этом месте впереди больших сосудов вступает в малый таз. Особую осторожность нужно соблюдать в тех случаях, когда связка почему-либо укорочена или рубцово изменена. В некоторых случаях воронко-тазовая связка (lig. infundibulo-pelvicum) находится почти в непосредственной близости со слепой кишкой (coecum) или с брыжейкой сигмовидной кишки. При отсутствии злокачественных изменений всегда будет осторожнее зажимать кохером связку поближе к яичнику.

После перерезки и перевязки воронко-тазовой связки нужно ножницами перерезать оба листка широкой связки в верхнем отделе, придерживаясь хода lig. ovarii proprium, т. е. по направлению к углу матки. Отклонение от этого направления книзу — ко внутреннему зеву может поставить хирурга перед опасностью ранения мочеточника, близко соприкасающегося с задним листком широкой связки (рис. 232). Широкую связку перерезают до места прикрепления lig. ovarii proprium к углу матки, как показано на рис. 204. Однако на рис. 204 захвачена и собственно яичниковая связка с целью удаления только придатков, в то время как в случаях удаления придатков вместе с маткой не следует перерезать собственно яичниковую связку.

После перерезки и перевязки lig. infundibulo-pelvici и верхнего отдела широкой связки операция суправагинальной ампутации продолжается, как описано выше.

Не всегда удаляются придатки полностью. Если придатки на одной стороне нормальны, то их оставляют. Если изменены трубы, а яичники нормальны, с маткой удаляют только трубы. Для этого рассекают вдоль трубы мезосальпинкс (брыжейка трубы) до впадения трубы в угол матки, а затем операция продолжается как типичная суправагинальная ампутация без придатков.

в) Тотальная экстирпация матки с придатками (Exstirpatio uteri totalis cum adnexis)

Тотальной экстирпацией матки, в отличие от суправагинальной ампутации, называется удаление всей матки (вместе с шейкой). В техническом отношении тотальная экстирпация несколько сложнее суправагинальной ампутации, так как при ней мочевой пузырь должен быть отсепарован от шейки матки, должны быть перерезаны крестцово-маточные связки и, главное, должно быть вскрыто со стороны брюшной полости влагалище; последнее обстоятельство обя-

зывает хирурга принять специальные меры предосторожности против внесения в операционную рану инфекции из влагалища и из нижнего отрезка цервикального канала.

В главе I были указаны способы подготовки больных к операции. Здесь следует подчеркнуть, что непосредственно перед операцией тотальной экстирпации матки per abdomen (брюшностеночным путем) влагалище должно быть тщательно продезинфицировано. Это делается в перевязочной, откуда больную на каталке прямо перевозят в операционную. После тщательной подготовки наружных половых органов спиртом и иодом и опорожнения катетером мочевого пузыря влагалище в зеркалах вытирают марлевыми тупферами и протирают спиртом и иодом, причем нужно старательно обработать все складки слизистой оболочки влагалища. Желательно при помощи плейфоровских зондов, обмотанных стерильной ватой, протереть спиртом и иодом и цервикальный канал. При III—IV степени чистоты влагалищного секрета желательно, если нет экстренных показаний к операции, отложить последнюю до тех пор, пока под влиянием лечения влагалищная флора не достигнет I—II степени чистоты.

Дезинфекцию наружных половых органов и влагалища нужно, независимо от характера предстоящего наркоза, производить под морфином или пантопоном.

У девиц (virgo intacta) спринцуют влагалище раствором (1 : 2000) сулемы, если отверстие hymen пропускает наконечник. Влагалище можно проспринцевать и через резиновый катетер или через тонкий наконечник с двойным током (Фрич-Боземана).

После опорожнения мочевого пузыря и обработки влагалища больную подают в операционную.

Передняя брюшная стенка обрабатывается, как обычно, бензином, спиртом и иодом.

Первые моменты операции тотальной экстирпации матки брюшностеночным путем совпадают с операцией надвлагалищной ампутации (изучение топографических соотношений, разделение сращений, если таковые имеются, освобождение придатков из спаек, выведение матки и т. д.).

Уже с момента отделения мочевого пузыря от шейки техника тотальной экстирпации матки начинает отличаться от надвлагалищной ампутации. Мочевой пузырь должен быть на всем протяжении отсепарован от шейки матки и от переднего свода влагалища. При смещении (отодвигании) мочевого пузыря нужно помнить, что клетчатка между мочевым пузырем и шейкой матки весьма рыхла. Нужно попасть в правильный слой, чтобы мочевой пузырь легко отошел при отодвигании его марлевым тупфером (рис. 220). Обычная ошибка, которую делают начинающие хирурги, заключается в том, что они, боясь ранения мочевого пузыря, рассекают складку брюшины у самой стенки матки, где брюшина мало подвижна и где имеется много кровоточащих вен. Брюшина должна быть приподнята пинцетом и надсечена на некотором расстоянии от места перехода пузырной брюшины в брюшину, покрывающую матку (рис. 239).

После того как мочевой пузырь в достаточной степени отсепарован от матки и переднего свода, а задний листок широкой связки рас-

сечен вдоль матки от трубного угла до уровня внутреннего зева, можно приступить к перевязке a. uterinae. Для этого нужно энергично оттянуть матку в сторону, противоположную той, на которой нахо-

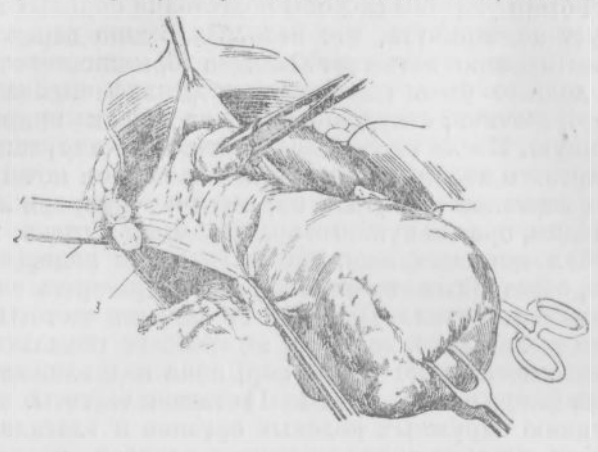


Рис. 220. Пинцетом приподнят край перерезанной plicae vesico-uterinae. Небольшим марлевым тупфером отодвигается мочевой пузырь от шейки матки.
1—культя круглой связки, 2—культя придатков.

дится подлежащая перевязке артерия. Обычно начинают с правой a. uterina.

Благодаря тому, что мочевой пузырь отсепарован значительно больше, чем при надвлагалищной ампутации матки, сосудистый пучок может быть захвачен ниже уровня внутреннего зева (рис. 221). И при тотальной экстирпации сосудистый пучок должен быть захвачен ad oculos (под контролем зрения), а не вслепую. Зажим (Кохера или Микулича) должен быть поставлен перпендикулярно к артерии (рис. 221). Контрклемма может быть расположена на значительном расстоянии выше основного зажима, для того чтобы было свободнее манипулировать ножницами. Ввиду того, что обычно в зажим не всегда попадает основной ствол a. uterinae, нужно после перерезки сосудистого пучка несколько отодвинуть в зажиме

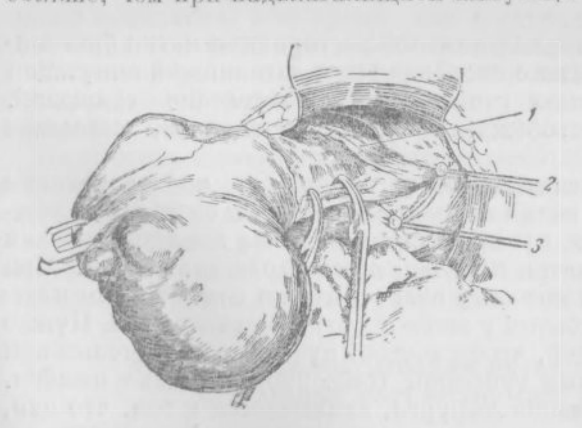


Рис. 221. Тотальная экстирпация матки.
1 — мочевой пузырь, отсепарованный от шейки матки; 2 — культя круглой связки; 3—культя придатков. Двумя клеммами зажата a. uterina ниже уровня внутреннего зева.

культю при помощи маленького марлевого тупфера и дополнительно захватить кохером или зажимом Микулича еще участок парацервикальной клетчатки, в которой обыкновенно проходит вагинальная веточка a. uterinae (рис. 222). Клеммы, наложенные на сосуды, должны быть заменены лигатурами, причем, в отличие от суправагинальной ампутации, иглой нельзя прокалывать ткань шейки матки.

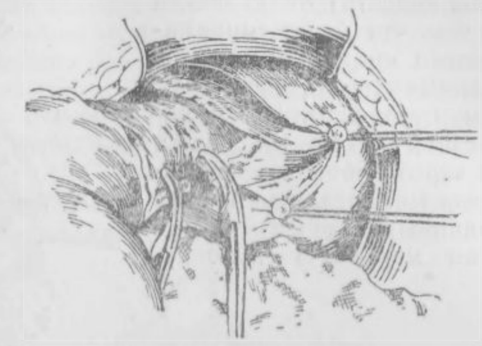


Рис. 222. Тотальная экстирпация матки. A. uterina перерезана и культя ее несколько отсепарована от шейки.

После того как перерезаны и перевязаны маточные сосуды с обеих сторон, перерезают ретракторы (крестцово-маточные связки) в месте их отхождения от матки (рис. 223). Клеммы должны быть наложены перпендикулярно к ретракторам, чтобы не захватить случайно мочеточника. Перерезанные связки перевязывают отдельными лигатурами.

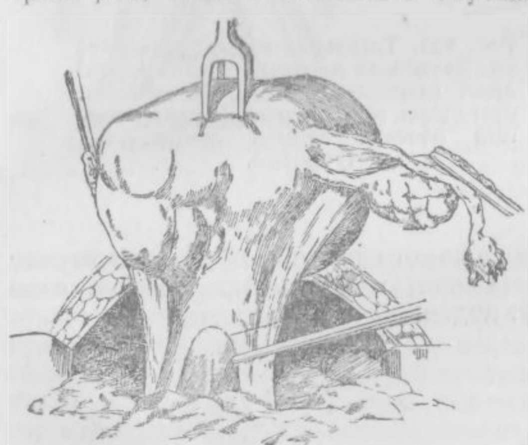


Рис. 223. Тотальная экстирпация матки. Культя a. uterinae захвачена и перерезается lig. sacro-uterinum.

После перерезки ретракторов матка сразу заметно подается, оставаясь в связи только с влагалищем (сводами).

Мочевой пузырь дополнительно отсепаровывают от переднего свода, после чего можно приступить к отделению матки от сводов.

Для того, чтобы убедиться, что шейка выделена из клетчатки до сводов, можно применить следующий простой прием (рис. 224). Большим и указательным пальцем пальпируют (ощупывают) шейку и, постепенно продвигаясь вперед, переходят на влагалище. Ощущение, получаемое при переходе от плотной шейки к спадающимся стенкам матки, не нуждается в описании.

Убедившись, что выделение шейки закончено и что под пальцами находится влагалище (особенно — передняя стенка), приступают к отделению матки от сводов. Для этого нужно хорошо оттянуть матку кверху (к голове больной), широко раскрыть зеркалами брюшную рану, отодвинуть мочевой пузырь и захватить пулевыми щипцами переднюю стенку влагалища (передний свод) (рис. 225).

Прежде чем вскрывать влагалище, под шейку (матку) подводится дополнительно свежая марлевая салфетка для защиты кишок (брюшной полости) от контакта с тем, что будет соприкасаться со вскрытым влагалищем (руки, инструменты) (рис. 226). Затем передний свод вскрывают и через небольшое отверстие во влагалище вводят длинным тупым пинцетом марлевую полоску,

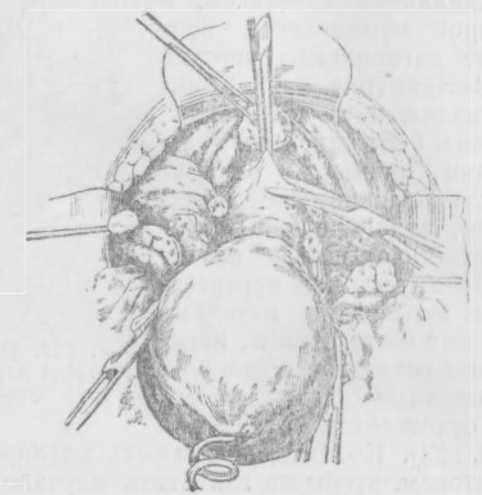


Рис. 224. Тотальная экстирпация матки. Двумя пальцами контролируется соотношение между выделенной portio vaginalis и влагалищем.

Рис. 225. Тотальная экстирпация матки. Захвачена передняя стенка влагалища (переднего свода). Ножницами влагалище вскрывается. Отсепарованный мочевой пузырь отодвигается тупфером.

для того чтобы секрет влагалища не мог попасть в операционную рану (клетчатку). Кроме того, влагалищную часть шейки матки и своды дополнительно обрабатывают иодом.

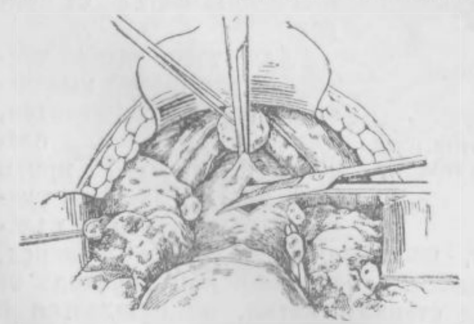


Рис. 226. Тотальная экстирпация матки. Влагалище вскрыто. Начинается отсечение матки (шейки) от сводов.

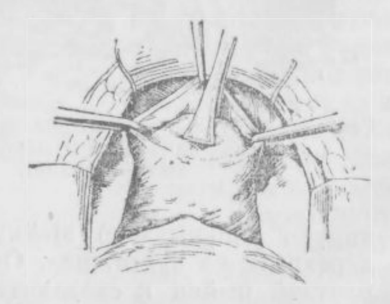


Рис. 227. Тотальная экстирпация матки. Края вскрытого переднего свода захвачены клеммами. Portio vaginalis захвачена и вывернута наружу.

Увеличив несколько отверстие в переднем своде, захватывают влагалищную часть шейки матки крепкими щипцами (рис. 227). Вы-

вернув влагалищную часть наружу и энергично потягивая ее, хирург ножницами рассекает своды в непосредственной близости к шейке (рис. 228). В это время помощник захватывает края влагалища (сводов) длинными кохерами. Отсечение матки значительно облегчается энергичным подтягиванием шейки. Одновременно с задним сводом перерезают ножницами и переходную брюшную складку дугласова кармана (plica recto-uterina). После отсечения матки приступают к зашиванию влагалища (рис. 229). Влагалище закрывается отдельными кетгутовыми лигатурами.

После того как влагалище закрыто, нужно сменить салфетку, которая перед моментом вскрытия влагалища была подведена под

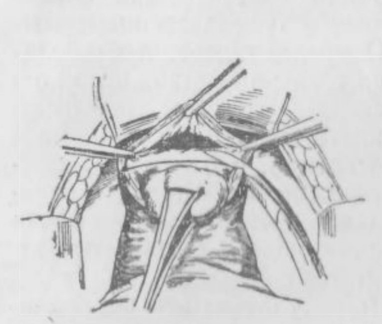


Рис. 228. Продолжается отсечение матки от сводов.

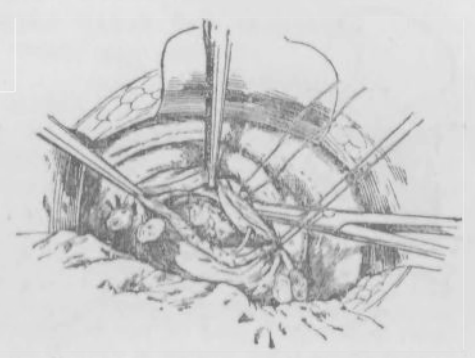


Рис. 229. Тотальная экстирпация матки. После отсечения матки влагалище закрывается наглухо узловыми кетгутовыми лигатурами. Во влагалище введена марлевая полоска.

матку (под шейку) сзади. Хирурги и помощники сменяют перчатки (или моют руки), операционная сестра также сменяет перчатки (или обрабатывает руки физиологическим раствором соли или 0,25% раствором аммиака, спиртом и иодом), постилает на операционном столе свежую стерильную простыню и берет свежие инструменты и материал. Такое «освежение» рук участников операции, инструментов и материала имеет большое значение для гладкого течения послеоперационного периода, так как влагалище, как бы усердно мы его ни дезинфицировали, не может быть доведено до состояния полной стерильности, тем более, что во время операции из цервикального канала или из полости матки может попадать во влагалище секрет, далеко не всегда стерильный (например, при раке тела матки). Кроме того, к моменту зашивания влагалища руки хирурга и помощников уже в значительной степени загрязнены и нуждаются в дополнительной обработке.

Равным образом нуждается в освежении (смене) и белье, которым была ограждена брюшная рана.

После закрытия влагалища приступают к перитонизации, т. е. к соединению между собой переднего и заднего листков широкой связки и краев plicae vesico-uterinae и plicae recto-uterinae, причем тщательно погружаются в подбрюшинное пространство культи

(рис. 230). Во время перитонизации несколькими стежками подхватывается и сближается с брюшиной культя влагалища.

По окончании перитонизации операция, в сущности, может считаться законченной. Больную переводят в горизонтальное положение, извлекают из брюшной полости салфетки и приступают к послойному зашиванию брюшной раны.

Манипуляции в глубине малого таза при операции тотальной экстирпации матки требуют хорошего освещения. Для этого больной должно быть придано максимальное тренделенбурговское положение. При недостаточном естественном освещении в операционной хорошо воспользоваться рефлектором на высокой подставке.

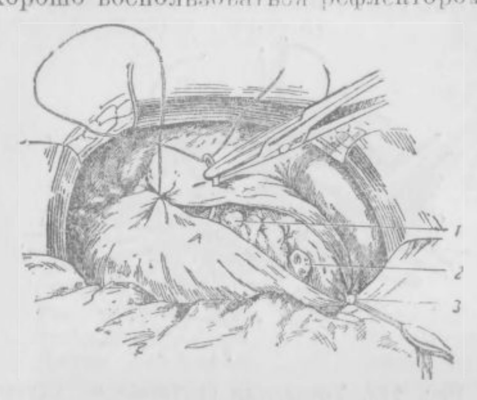


Рис. 230. Тотальная экстирпация матки. Непрерывной кетгутовой лигатурой производится перитонизация при помощи сшивания листков широкой связки.
1—культя влагалища, 2—культя маточной артерии; 3—культя придатков.

Хороший достаточно глубокий наркоз всегда облегчает и ускоряет операцию. Особенно важно, чтобы больная хорошо спала, когда отсекают матку и зашивают влагалище и брюшину. И асептика, и быстрота оперирования значительно страдают, когда больная плохо спит, кишки «выпирают», закрывая операционное поле. В результате все нервничают, в брюшную полость поспешно «запихивается» огромное число салфеток, а наркотизатор сразу добавляет ненужно большую порцию наркотического вещества. Нужно стремиться к тому, чтобы наркоз всегда был ровный. Опытный наркотизатор умеет своевременно убавить или усилить наркоз. Нужно принять за правило не создавать излишних волнений и суеты и не бранить наркотизатора, если больная плохо спит, не нужно стремиться во что бы то ни стало продолжать операцию. Достаточно 5 минут спокойного выжидания, чтобы больная отлично уснула, после чего операция может быть с достаточной четкостью продолжена.

Не следует накапливать на операционном поле множество кровоостанавливающих пинцетов. Каждый кохер, наложенный на сосуд, заменяется сейчас же лигатурой. В то же время оперировать нужно бескровно, предварительно захватывая кохерами (или зажимами Микулича) подлежащие перерезке сосуды или ткани.

Если операция экстирпации матки производится по поводу рака тела, то мы не захватываем матку двузубцами, а подтягиваем ее двумя длинными кохерами, наложенными на придатки углов матки. В случаях инфицированных, например, при удалении матки с гнойными придатками, когда гной попадает в брюшную полость, можно не зашивать наглухо влагалище. В этих случаях подшивается передний край влагалища к пузырной брюшине, а задний край влагалищной

раны — к plica recto-uterina. По бокам от влагалища листки широкой связки соединяются, как обычно, с погружением культей. Во влагалище вводят марлевый тампон (бинт), которым рыхло тампонируют дугласов карман (или, вернее, брюшинный карман между прямой кишкой и мочевым пузырем). Тампон на 4-й день подтягивают, а на 5-й вовсе извлекают.

Марлевую полоску, которую вводят во влагалище, как только последнее вскрыто (см. выше), нередко забывают извлечь. Нужно, выработать привычку извлекать полоску на операционном столе тотчас же после того, как зашита брюшная стенка.

г) Тотальная экстирпация матки без придатков (Exstirpatio uteri totalis sine adnexis)

В техническом отношении операция удаления матки без придатков производится в основном так же, как удаление матки с придатками. До момента отделения мочевого пузыря от шейки матки операция выполняется, как надвлагалищная ампутация без придатков (см. выше стр. 195)

Основные моменты операции брюшностеночного удаления матки с придатками: 1) дезинфекция влагалища и цервикального канала спиртом и иодом, 2) дезинфекция кожи передней брюшной стенки бензином, спиртом и иодом, 3) разрез брюшной стенки и вскрытие брюшной полости, 4) раскрытие брюшной раны зеркалами и изучение особенностей случая, 5) защита кишечника (брюшной полости) марлевыми салфетками или полотенцами, 6) выделение матки и придатков из спаек (если нужно), 7) захватывание матки (опухоли) и выведение в брюшную рану, 8) перерезка и перевязка lig. infundibulo-pelvici (с обеих сторон), 9) перерезка и перевязка lig. rotundi (с обеих сторон), 10) рассечение брюшины между культями lig. infundibulo-pelvici и rotundi, 11) рассечение заднего листка брюшины вдоль ребра матки до уровня внутреннего зева (на обеих сторонах), 12) рассечение переднего листка широкой связки от культи круглой связки до plica vesico-uterina, 13) рассечение plicae vesico-uterinae и отсепаровка мочевого пузыря, 14) обнажение сосудистого пучка, 15) перерезка и перевязка (в клеммах) a. uterinae (на обеих сторонах), 16) дополнительная перевязка парацервикальной клетчатки с вагинальной веточкой a. uterinae, 17) перерезка (в клеммах) и перевязка lig. sacro-uterini, 18) дополнительная отсепаровка мочевого пузыря от переднего свода, 19) вскрытие переднего влагалищного свода, 20) дополнительная дезинфекция сводов и portionis vaginalis, 21) расширение отверстия в своде и захватывание пинцетами portio vaginalis, 22) циркулярное рассечение сводов и брюшинной складки сзади и удаление матки, 23) закрытие влагалищной раны, 24) смена перчаток (или мытье рук), смена белья, инструментов и материала, 25) перитонизация, 26) извлечение салфеток из брюшной полости (в горизонтальном положении больной), 27) закрытие брюшной полости (операционной раны), 28) извлечение (на операционном столе) полоски, введенной per abdomen во влагалище.

Образец описания операции тотальной экстирпации матки с придатками

1. Показания. Операбильный рак тела матки.
2. Наркоз. Люмбальная анестезия (между II и III поясничными позвонками). Введено 3 см³ 5% раствора новокаина. Тотчас после введения новокаина введен под кожу 1 см³ 15% раствора Coffeini natrio-benzoici; кофеин введен повторно через 20 минут.

Люмбальная анестезия протекала без осложнений и полностью держалась в течение всей операции (1 час 5 минут).

3. Операция. Сделан продольный разрез между симфизом и пупком по linea alba длиной в 10 см. Брюшная стенка вскрыта послойно. Подкожная жировая клетчатка тщательно защищена париетальной брюшиной, края которой при помощи зажимов Микулича прикреплены к боковым простыням, которыми защищена операционная рана. При осмотре оказалось следующее. Матка увеличена до размеров 7-недельной беременности. Брюшина тела матки и придатков гиперемирована. Матка и придатки окутаны рыхлыми спайками (повидимому, недавнего происхождения), причем придатки рыхло припаяны к заднему листку широкой связки. Левый яичник содержит кисту величиной с мандарин. Матка и придатки выделены из спаек. Перерезаны и перевязаны lig. infundibulo-pelvica и lig. rotunda с обеих сторон. Перерезана plica vesico-uterina, мочевой пузырь отсепарован от шейки до влагалища. При помощи пинцета и ножниц и отчасти тупфером обнажены сосудистые пучки с обеих сторон (aa. uterinae). Сосуды перерезаны и перевязаны ниже уровня внутреннего зева, причем после перевязки маточных артерий захвачен пучок парацервикальной клетчатки с влагалищной веткой a. uterinae. Перерезаны и перевязаны lig. sacro-uterina. Дополнительно отслоен мочевой пузырь от переднего свода. Вскрыт ножницами передний свод. Во влагалище введена марлевая полоска. Своды и portio vaginalis протерты иодом. Portio vaginalis захвачена щипцами Дуайена и вывернута наружу; своды на границе с шейкой рассечены. Влагалище зашито наглухо отдельными кетгутовыми лигатурами. Сменены перчатки, белье, инструменты и материал, после чего произведена тщательная перитонизация непрерывным кетгутовым швом.

Извлечены из брюшной полости салфетки, и брюшная рана закрыта послойно. Ввиду анемичности больной и наличия злокачественного процесса (рак матки) апоневроз для прочности зашит узловыми кетгутовыми лигатурами. Кожа соединена тремя глубокими шелковыми лигатурами и скобками Мишеля. Наложена коллодийная повязка. На операционном столе извлечена из влагалища марлевая полоска.

Продолжительность операции — 1 час 5 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), следил за больной (на «пульсе») (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

4. Описание удаленного препарата. Удаленный препарат представляет собой матку с придатками. Матка увеличена до размеров 7-недельной беременности. В задней стенке прощупывается интерстициальный фиброматозный узелок величиной с грецкий орех. Брюшина имеет на себе обрывки периметрических тяжей. Наружный зев чистый со следами старых разрывов (как у рожавшей). Трубы утолщены, брюшина их инъицирована, фибриальный конец левой трубы запаян. В левом яичнике содержится, повидимому, ретенционная фолликулярная киста. Ткань яичников сморщена. На разрезе обнаружено, что на передней стенке тела матки слизистая оболочка раково перерождена. Раковая ткань в виде полипозных распадающихся разращений распространяется вверх до дна матки, а внизу на 1 см не доходит до внутреннего зева.

Препарат направлен в лабораторию для микроскопического исследования.

д) Показания к абдоминальному удалению матки и выбор метода

Выше (глава VIII) были вкратце изложены показания для удаления матки per vaginam.

Как было указано, брюшностеночное удаление матки имеет в настоящее время гораздо больше приверженцев и больший круг показаний по сравнению с экстирпацией per vaginam.

Надвлагалищная ампутация применяется в случаях, характеризующихся прежде всего отсутствием злокачествен-

ности. Подавляющее число надвлагалищных ампутаций делается по поводу фибромиомы матки. Мы являемся принципиальными сторонниками консервативного лечения фибромиом матки и вовсе не применяем лечения, если фибромиома принадлежит к числу так называемых «бессимптомных», ограничиваясь периодическим осмотром больных. Однако, если фибромиома, хотя бы и бессимптомная, достигает значительной величины (больше величины 4—4,5-месячной беременности) и особенно если фиброма обнаруживает тенденцию к быстрому росту, мы считаем показанным активное вмешательство. Хирургическому лечению подлежат фибромиомы больших размеров, фибромиомы матки, расположенные субмукозно, или фибромы, вызывающие длительные маточные кровотечения, изнуряющие больную. Если опухоль расположена таким образом, что она расстраивает функцию органов (мочевого пузыря, прямой кишки), то даже при отсутствии симптома кровотечений, мы считаем нужным такую опухоль удалить. Иногда фибромиома является причиной острейших периодических болей (так называемых «симпсоновских болей»), которые также могут служить показанием к удалению матки. До 40 лет следует предпочесть оперативное лечение, при котором можно удалить больной орган (матку) и сохранить женщине более или менее полноценные яичники. После 40 лет рентгенотерапия имеет во многих случаях большие преимущества. Все же при субмукозном расположении фибромиомы и при огромных (выше пупка) опухолях оперативному лечению должно быть отдано предпочтение и в этом, климактерическом, возрасте.

Мы предпочитаем при фибромиоме матки надвлагалищную ампутацию, которая более доступна в техническом отношении и асептичнее по сравнению с тотальной экстирпацией[1]. Тотальное удаление матки при фибромиоме показано только в тех случаях, когда шейка матки значительно изменена. Так, при наличии хронического эндоцервицита, эрозий, гипертрофии шейки со множеством ovula Nabothii или, если имеются значительные разрывы шейки, поддерживающие гиперсекрецию, нерационально делать суправагинальную ампутацию, и матка должна быть удалена вместе с шейкой. Равным образом нерационально делать суправагинальную ампутацию при наличии распадающейся субмукозной миомы. В этих случаях имеются показания для влагалищной экстирпации матки, но если влагалищный путь почему-либо неудобен, то матка должна быть удалена тотально.

Само собой разумеется, что там, где фиброматозные узлы могут быть энуклеированы (вылущены) без удаления матки, должна быть произведена консервативная миомэктомия (см. выше, стр. 154).

Надвлагалищная ампутация матки производится обычно и в тех случаях, когда необходимо, например, двустороннее удаление воспалительно измененных придатков. В этих случаях матка обычно бывает также изменена и, кроме того, и по техническим соображениям нередко бывает показана ампутация. Особенно показан радикальный образ действий, если женщине свыше 40 лет (см. операции

---

[1] Рекомендуется прочитать «Показания к влагалищной экстирпации матки» (стр. 153) и «Консервативную миомэктомию» (стр. 154).

по поводу воспаления придатков, стр. 175). И в этих случаях матку удаляют тотально, если шейка патологически изменена.

В некоторых (весьма редких) случаях матку удаляют суправагинально при алгодисменоррее (болезненных менструациях) на почве endometriosis interna или при metropathia haemorrhagica у девиц.

При разрывах матки sub partu (во время родов) и при тяжелых перфорациях матки sub abrasione (во время выскабливания) приходится иногда ампутировать матку суправагинально, если нет возможности, вследствие тяжести разрыва или опасности инфекции, сохранить орган (см. ниже, стр. 254).

Тотальное удаление матки с придатками производится в большинстве случаев по поводу рака или других злокачественных новообразований (саркомы, хорионэпителиомы) тела матки. В этих случаях не следует прибегать к расширенной экстирпации, как при раке шейки матки. В большинстве случаев матку удаляют per abdomen (брюшностеночным путем), кроме случаев, когда брюшная стенка чрезмерно жирна или имеются какие-нибудь другие противопоказания к брюшностеночному чревосечению.

При злокачественных новообразованиях тела матки, мы всегда удаляем придатки.

Матку следует удалять тотально или надвлагалищно и в тех случаях, когда операция делается по поводу злокачественного новообразования придатков (например, при раке яичников или при раково-измененных кистомах).

У глубоких старух и у ослабленных больных можно при раке придатков ограничиться суправагинальной ампутацией тела матки, которая всегда легче переносится по сравнению с тотальной экстирпацией. Опыт показывает, что при раке яичников метастазы почти никогда не обнаруживаются в шейке матки.

13. РАСШИРЕННОЕ РАДИКАЛЬНОЕ УДАЛЕНИЕ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ ПО ПОВОДУ РАКА ШЕЙКИ (операция Вертгейма)

а) Рак матки и борьба с ним

Женщины заболевают раком почти вдвое чаще мужчин. Огромное число раковых заболеваний у женщин приходится на половые органы (около 40%). Рак может поразить любую часть полового аппарата женщины, но чаще всего поражает матку; особенно часто встречается рак шейки матки, т. е. той части ее, которая в топографическом отношении занимает самое опасное положение в смысле возможности распространения рака (близость мочевого пузыря, мочеточников, прямой кишки, влагалища, богатство лимфатических путей).

Рак шейки матки встречается в 90% всех случаев рака матки и поражает женщин преимущественно в возрасте от 40 до 52 лет, т.е. в климактерическом периоде или вскоре после наступления менопаузы, но нередко можно встретить рак шейки и у женщин в более пожилом и, наоборот, в более молодом возрасте. Нам приходилось неоднократно оперировать по поводу рака шейки матки женщин в возрасте до 30 лет. Описаны случаи рака шейки и в более молодом возрасте (даже

у 9—10-летних девочек). Поэтому о возможности заболевания раком матки в более молодом возрасте необходимо всегда помнить, и возраст больной не должен усыплять бдительности врача.

Рак тела матки встречается преимущественно у более пожилых женщин, давно переставших уже менструировать.

Оставленный без лечения или леченный симптоматически рак с роковой неизбежностью ведет к мучительной смерти. Благодаря неудержимому росту раковых клеток в процесс вовлекаются окружающие пораженный орган ткани. Микроскопически малые раковые клетки могут по лимфатическим путям переноситься (метастазировать) и на отдаленные от первичного фокуса расстояния, поражая регионарные (областные) лимфатические железы.

Борьба с раковыми заболеваниями и, в частности, с раком матки затрудняется тем, что мы до сих пор не знаем истинной этиологии рака. Каждая из существующих теорий происхождения рака (инфекционная, механическая, зародышевая) имеет свои сильные и слабые стороны.

В настоящее время есть некоторые основания думать, что рак — не только местное заболевание. Для возникновения рака, повидимому должны быть причины и общего характера, как ослабление защитных сил организма, в частности, соединительнотканного (мезенхимального) аппарата. Возможно, что происхождение рака стоит в связи с каким-то нарушением равновесия в деятельности эндокринного аппарата (желез внутренней секреции). По вопросу о наследственном предрасположении к заболеванию раком также существует много разногласий. Наряду с несомненными фактами влияния наследственности приходится в повседневной практике встречаться с фактами, опровергающими значение наследственных моментов для заболевания раком. Вопрос о наследственном предрасположении к раку трудно разрешим еще и потому, что рак, как мы уже упоминали, чрезвычайно распространен. Если верно, что каждая десятая смерть обусловливается раком, то вполне возможно, что в анамнезе каждого человека, заболевшего раком, можно натолкнуться на данные, которые могут подтвердить значение наследственности. Намечается группа так называемых профессиональных раков, т. е. раков, происхождение которых связывают с вредностями того или иного производства.

Чем объяснить особую частоту раковых заболеваний женской половой сферы, в частности, шейки матки? На этот вопрос так же трудно ответить, как и на вопрос об этиологии рака вообще. Здесь существуют наблюдения, в силу которых связь с этиологией рака не может считаться вполне достоверной. Следует, однако, принять во внимание, что нигде в человеческом организме нет такой близости между физиологическими и патологическими процессами, как именно в половой сфере женщины. Процессы пролиферации ткани, столь характерные для рака, представляют собой в матке или яичнике обычное физиологическое явление: ежемесячно в связи с менструацией имеет место процесс набухания и пролиферации клеток слизистой оболочки матки, отмирание клеток и регенерация молодых элементов взамен отмерших. В яичнике наблюдается разрастание

фолликулярного эпителия. Наконец, развитие плодного яйца и изменение самой матки во время беременности весьма напоминают собой развитие новообразования. Достаточно известного нарушения равновесия, чтобы изменить закономерность физиологического роста, и перед нами предстанет картина патологического процесса. Частые аборты и всякого рода внутриматочные впрыскивания также могут играть роль в происхождении рака. Наконец, известно, что матка чрезвычайно часто подвергается воспалительным заболеваниям, вызывающим пролиферацию клеток, образование эрозий, язв и т. п. Таким образом, матка является часто ранимым органом, и возможно, что это в известной степени способствует развитию раковых заболеваний. Мы говорим «способствует развитию» так как, в конце концов, все же истинная этиология рака матки нам неизвестна. Наряду с женщинами, страдавшими всю жизнь воспалением половых органов или многорожавшими и делавшими себе массу абортов и не заболевшими раком, приходится встречать среди раковых больных женщин, никогда ничем не болевших, не рожавших и даже не живших половой жизнью.

Таким образом, истинная этиология рака матки до сих пор остается неизвестной, как и этиология рака других органов. Имеется все же много оснований думать, что внешние факторы, как механические и химические (инфекционные) раздражения, и отсутствие достаточных гигиенических навыков могут способствовать развитию рака.

Успехи оперативной гинекологии в конце прошлого и на протяжении настоящего века и успехи рентгено- и радиотерапии рака, достигнутые в настоящее время, показали, что рак матки при известных условиях может быть излечен. В основу оперативного лечения рака шейки матки положен принцип радикализма. Это значит, что при раке шейки матки должна быть удалена не только шейка, но вся матка с придатками и с околоматочной клетчаткой и лимфатическими железами, если последние увеличены. Некоторые авторы, стремясь к наибольшему радикализму, предложили перевязывать при операции рака шейки матки подчревные артерии и удалять в случае надобности мочевой пузырь, пересадив мочеточники в прямую кишку.

Успех операции по поводу рака шейки матки в смысле стойкого выздоровления зависит не только от подготовленности хирурга, берущегося за эту труднейшую операцию, но и от ряда других условий, из которых главное — степень запущенности рака. Чем менее запущена болезнь, тем меньше шансов, что раковые клетки метастазировали в окружающую ткань, и тем больше шансов, что больная перенесет благополучно оперативное вмешательство и наступит настоящее длительное излечение. В запущенных случаях нож хирурга, к сожалению, бессилен в борьбе против рака, и есть предел, дальше которого не идут даже самые смелые хирурги.

В последнее время прекрасные результаты получены от применения лучей Рентгена и радия. Ряд гинекологов вовсе отказывается оперировать рак шейки матки, предпочитая применять лучистую энергию. Бумм оперировал в последнее время только в самых ранних стадиях болезни. При правильном и умелом применении лучистой

энергии можно действительно добиться высокого процента стойких излечений. Лучистая терапия имеет то преимущество перед ножом, что дает значительно меньший процент первичной смертности, т. е. смертности от самого лечения, чего, к сожалению, нельзя сказать об оперативном лечении. Рентгено- и радиотерапия может, наконец, дать хорошие результаты даже в тех случаях, в которых время для оперативного вмешательства уже упущено. Принципиально рак шейки матки излечим.

Как вести борьбу против рака матки (рака шейки матки)?

Известно, что в борьбе с тем или иным заболеванием главную роль играет профилактика, т. е. устранение моментов, обусловливающих возникновение болезни. Что мы можем в этом направлении сделать по отношению к раку матки? Чтобы проводить профилактику заболевания, нужно знать причину, этиологию болезни. К сожалению, этиология рака неизвестна. Однако мы должны приложить все силы к устранению тех моментов, которые, по нашему мнению, могут хотя бы косвенно способствовать возникновению рака матки. В этом отношении должно сыграть роль правильное и тщательное лечение женских болезней, внедрение в широкие массы женского населения сведений о личной гигиене, охрана женского труда, правильное родовспоможение и т. д.

Все эти мероприятия, однако, не имеют характера специфической борьбы против рака матки, так как необходимость их диктуется интересами охраны здоровья женщины в целом, и не в этой только плоскости лежит в настоящее время разрешение задачи борьбы против рака матки. *Установлено, что чем раньше распознан рак матки, тем больше шансов на излечение, которое, как мы видели, не только принципиально, но и практически вполне возможно.* К сожалению, огромная часть женщин, страдающих раком матки, обращается за врачебной помощью уже тогда, когда рак зашел так далеко, что операцию делать уже поздно и почти невозможно.

Раннее распознавание рака матки — вот тот стержень, на котором зиждется рациональная борьба.

Если, с одной стороны, женщины чаще мужчин заболевают раком, то, с другой стороны, рак поражает у них орган, заболевание которого сравнительно нетрудно распознать при достаточной внимательности к себе женщин и добросовестности и подготовленности врачей.

«Наилучшими мерами являются, с одной стороны, санитарно-просветительная работа, а с другой — ознакомление участковых врачей и среднего медицинского персонала с методикой распознавания рака матки и снабжение их надлежащими приспособлениями для проведения этой методики в жизнь» (Груздев).

Болевые ощущения, которые обычно являются главным признаком большинства болезней, в начале ракового заболевания совершенно отсутствуют и возникают лишь тогда, когда болезнь уже запущена, когда в раковый процесс вовлечены окружающие ткани и нервы.

Распознавание рака матки основывается: 1) на анамнестических данных, 2) на данных пальпации (внутреннего исследования) и осмотра при помощи зеркал и 3) на данных микроскопического исследования материала, добытого при помощи биопсии (т. е. прижизненного вырезывания кусочка подозрительной на рак ткани) или выскабливания.

Первое, что обращает на себя внимание или, вернее, должно обратить на себя внимание больной или врача,— это неправильные кровотечения (вначале необильные) метроррагического характера, т. е. кровотечения, не связанные с менструальной функцией. Если кровотечение появляется у женщин, уже переступивших за климактерический возраст, то оно в огромном большинстве случаев с несомненностью говорит за наличие злокачественного новообразования. Меньше обращают на себя внимание неправильные кровотечения у женщин, еще менструирующих. Здесь нередко роковую роль играет то обстоятельство, что многие женщины (и, к сожалению, даже врачи) приписывают неправильные кровотечения так называемому «переходному возрасту». Нужно твердо помнить, что всякое неправильное кровотечение, в каком бы возрасте оно ни возникло, а тем более в предклимактерическом или климактерическом, требует точного анализа причины кровопотери. К кровотечениям, происхождение которых неясно, нужно всегда подходить с предвзятой мыслью о возможности злокачественного новообразования. Особенно подозрительно кровотечение (большей частью необильное) после полового сношения, после введения наконечника для спринцевания или после исследования. Кровотечение при раке, возникающее под влиянием легкой травмы (например, половых сношений), не носит постоянного характера: оно может временами отсутствовать, но зато появляются или усиливаются бели, цвет которых может принять розовый оттенок (вид мясных помоев). К сожалению, только женщины, внимательно относящиеся к своему здоровью, своевременно обращают внимание на ранние симптомы. Большей же частью они приходят к врачу, когда неправильные кровотечения сами уже обращают на себя внимание, когда появляются грязные зловонные выделения, обусловленные распадающейся раковой язвой.

В начале заболевания раком шейки матки, а при раке тела матки и в более поздних стадиях одно только внутреннее исследование (пальпация) может не дать достаточных показаний для диагноза. Однако уже довольно рано обращает на себя внимание особая твердость (хрящеватость) шейки матки, шероховатость в области наружного зева (если рак расположен не в канале шейки матки) и появляющееся под влиянием исследования кровотечение.

Вслед за внутренним исследованием необходимо произвести тщательный осмотр зеркалами. При наличии рака шейки матки (влагалищной части) обычно видна язвенная поверхность, которая вначале мало отличается от обычной воспалительной эрозии или гиперемированного выворота слизистой оболочки канала шейки матки. Однако хрупкость ткани и легкая кровоточивость при дотрагивании говорят за рак. Если рак расположен внутри цервикального канала или в полости матки, осмотр зеркалами может ничего не дать. Если дан-

ные анамнеза и осмотра не дают достаточных оснований для постановки диагноза, а вид язвы шейки матки возбуждает хотя бы малейшее сомнение насчет ее доброкачественности, то необходимо приступить к пробному выскабливанию или к вырезыванию небольшого участка подозрительной ткани (см. выше, стр. 92). Эта операция по своей простоте доступна каждому врачу. Нужно помнить, что лучше сделать десять лишних биопсий или пробных выскабливаний при одном лишь подозрении на рак, чем один раз пропустить рак, ибо эти маленькие операции, сделанные при отсутствии рака, вреда не принесут, а ранняя диагностика рака может спасти женщине жизнь. Полученный кусочек или соскоб надо подвергнуть дальнейшей обработке и микроскопическому исследованию; если нет возможности сделать микроскопическое исследование на месте, то кусочек, помещенный в спирт или формалин, следует переслать на ближайший пункт для микроскопического исследования (см. выше, стр. 80).

Если данные, собранные врачом, убеждают его в наличии рака, то необходимо рекомендовать больной немедленно обратиться за специальной помощью, которая в большинстве случаев заключается в операции, дающей, как мы уже говорили, тем лучший результат, чем раньше она произведена. В случае колебаний со стороны больной ей следует объяснить всю серьезность положения.

Средний медицинский персонал также должен твердо знать симптомы рака матки, так как к нему очень часто впервые обращаются заболевшие женщины. В отношении раннего выявления случаев, подозрительных на рак матки, средний медицинский персонал может сыграть большую роль. Не меньшую роль он может играть в качестве проводника в широкие массы населения правильных сведений о раке матки.

Борьба против рака как социальная проблема является одной из первоочередных задач здравоохранения и советской общественности.

б) Классификация рака шейки матки и выбор случаев для операции

Далеко не в каждом случае рака шейки матки возможно хирургическое лечение. Операбильность рака шейки определяется общим состоянием больной, степенью подготовленности хирурга и степенью распространенности ракового процесса. В тех случаях, когда общее состояние больной внушает опасения за благоприятный исход операции, мы, несмотря на вполне удовлетворительный гинекологический статус, предпочитаем лучистую терапию (радий, рентген). Так, например, нерационально предпринимать операцию Вертгейма, если женщина страдает туберкулезом легких или декомпенсированным пороком сердца или фурункулезом и т. п., в то время как правильно проведенная радиотерапия или рентгенотерапия может дать не худший результат. Единственно, что может склонить к операции в таких случаях, — это фактическая невозможность лучистой терапии вследствие отсутствия рентгеновского кабинета или радия на месте

и невозможность по тем или иным причинам направить больную для лечения.

Опасность основного заболевания (рака) может заставить хирурга пренебречь при таких условиях противопоказаниями общего характера и склонений его к операции после предварительной общей подготовки больной (лечение сердца, общеукрепляющая терапия, переливание крови и т. п.).

При удовлетворительном общем и местном состоянии операбильность рака может определяться и степенью подготовленности самого хирурга. Не является секретом, и это нужно подчеркнуть, что за расширенную радикальную операцию удаления матки нередко берутся врачи, еще недостаточно подготовленные. Мы не хотим этим сказать, что операция Вертгейма доступна лишь избранным счастливцам. Каждый добросовестный гинеколог может с успехом сделать эту операцию, но для того, чтобы ее хорошо выполнить, он должен усердно готовиться, ограничивая на первых порах свою хирургическую деятельность более доступными операциями. Для того, чтобы первый раз сделать операцию Вертгейма, хирург должен иметь опыт в выполнении простой нерасширенной тотальной экстирпации матки. Равным образом добросовестный врач будет выбирать для своих первых операций по возможности менее осложненные случаи и лишь по мере обогащения своего опыта он будет в разумных пределах расширять границы операбильности рака шейки.

Для характеристики степени распространения ракового процесса при раке шейки матки существует несколько классификаций, которые принципиально мало между собой различаются. Классификации имеют целью определить показания и пределы для хирургического или лучистого (рентгеном и радием) лечения. Чем распространеннее рак шейки, тем больше суживаются границы операбильности. Это обусловливается тем, что шейка находится в непосредственной близости с мочевым пузырем, мочеточником и прямой кишкой, а также и тем, что шейка чрезвычайно богата лимфатическими путями, по которым сравнительно быстро метастазирует рак. Кроме того, чем распространеннее рак, тем больше возможности для проникновения микробов в клетчатку, окружающую шейку, и, следовательно, тем больше возможность эндогенной инфекции во время операции.

Международной противораковой комиссией принята следующая классификация.

I стадия: рак строго ограничен шейкой матки.

II стадия: а) инфильтрация параметрия, не доходящая до стенок таза с одной или с обеих сторон (параметральный вариант).

б) инфильтрация влагалища, не достигающая нижней его трети (вагинальный вариант);

в) эндоцервикальный рак, переходящий на тело матки.

III стадия: а) инфильтрация параметрия, достигающая стенок таза с одной или с обеих сторон (параметральный вариант);

б) инфильтрация влагалища, доходящая до нижней его трети (вагинальный вариант);

в) единичные или множественные изолированные или пристеночные метастазы, даже если первичная опухоль шейки незначительна (тазовый метастатический вариант).

IV стадия: а) рак, поражающий мочевой пузырь (на основании данных цистоскопии или наличия пузырно-влагалищного свища) (везикальный вариант).

б) рак, поражающий прямую кишку (ректальный вариант.

в) распространение рака за пределы малого таза (за пределы влагалища или выше верхней границы входа в малый таз (метастатический вариант).

Согласно приведенной классификации, нужно, по нашему мнению, признать операбильными все случаи, относящиеся к первой стадии и часть случаев второй стадии. Все остальные случаи подлежат лечению радием и рентгеном. В 10—15% иноперабильных случаев удается добиться излечения. Четвертая стадия характеризует случаи как иноперабильные и далеко зашедшие (запущенные формы), неподдающиеся радикальному лечению и требующие симптоматического лечения.

Нужно отметить, что некоторые иноперабильные случаи после лечения радием и рентгеном становятся вполне операбильными.

Мы являемся сторонниками комбинированного лечения рака шейки матки, заключающегося в операции (где это возможно) и в последующей рентгенотерапии; там, где условия позволяют, мы рекомендуем применять этот метод, который дает, повидимому, наилучшие результаты.

Предварительное лечение радием и рентгеном во всех без исключения случаях рака шейки мы считаем нерациональным, но предварительная лучистая терапия, как уже упомянуто, может перевести некоторые иноперабильные случаи в операбильные.

В раковом распаде всегда содержатся в огромном количестве разнообразные микробы, в том числе и патогенные, По лимфатическим путям микробы могут проникать далеко в параметральную клетчатку и в лимфатические железы, являясь причиной инфекции (эндогенной) во время операции. Если среди микробов содержится гемолитический стрептококк, то инфекция может вызвать смертельный перитонит. Предварительная лучистая терапия (рентгенотерапия) в таких случаях может в значительной степени уменьшить опасность операции.

В настоящее время применяют три метода операции радикального расширенного удаления матки с клетчаткой по поводу рака шейки: 1) абдоминальный, 2) влагалищный и 2) комбинированный (абдоминально-влагалищный).

После ряда лет исканий мы остановились на абдоминальном методе и в течение последних лет оперируем с некоторыми видоизменениями только по методу Вертгейма. Нужно, впрочем, иметь в виду, что любой метод может дать хорошие результаты, если хирург полностью им владеет. Чем опытнее становится хирург, тем лучшие показатели дает один и тот же метод.

в) Техника операции Вертгейма

Подготовка больной. Никогда не следует оперировать по поводу рака шейки матки без предварительной тщательной подготовки больной, направленной к дезинфекции раковой язвы и влагалища. Мы обыкновенно назначаем в течение не менее 5 дней спринцевания с сулемой (1 : 1000), причем эти спринцевания производим как лечебную манипуляцию, в перевязочной на гинекологическом кресле. В течение этих дней проводится и общее тонизирующее лечение (стрихнин под кожу, строфант, диуретин и т. п.).

Нужно поставить себе за правило делать каждой больной раком шейки матки цистоскопию (где это возможно). Отек слизистой оболочки мочевого пузыря свидетельствует о близости ракового инфильтрата к стенке мочевого пузыря. Непосредственно перед операцией, в перевязочной, обрабатывается влагалище и раковая язва. Прежде всего влагалище проспринцовывают сулемой, затем обрабатывают спиртом и иодом кожу наружных половых частей и катетером спускают мочу. Если рак имеет экзофитный (грибовидный) рост, то в зеркалах соскабливают острой кюреткой распадающуюся раковую ткань. Если кюреткой не удается все соскоблить, то обрывки ткани могут быть срезаны при помощи пинцета и куперовских ножниц. После соскабливания раковых разрастаний (экскохлеаций) нужно остановить наблюдающееся при этом более или менее значительное кровотечение путем прижигания раскаленным наконечником аппарата Пакелена. Прижигать нужно большим круглым наконечником. Прижигание следует проводить тщательно, методически, пока язва не покроется черным сухим струпом. Для того, чтобы хорошо провести подготовку — экскохлеацию и прижигание — нужно иметь не менее двух помощников, которые хорошо обнажают зеркалами и боковыми подъемниками раковую язву и вытирают по возможности кровь. Специальное лицо накачивает баллон аппарата Пакелена. После каждого прижигания наконечник Пакелена покрывается обугленными обрывками опухоли и кровью. Наконечник должен быть приложен к язве только после того, как будет полностью сожжен нагар, и наконечник вновь будет ярко раскален. Очень удобно пользоваться одновременно двумя аппаратами и прижигать одним наконечником, пока второй подготавливается. Наконечник нельзя задерживать долго во влагалище, так как зеркала могут слишком нагреться. Шейка сама по себе совершенно нечувствительна к прижиганию, но горячие зеркала могут причинить боль и даже ожоги. Если зеркала сильно согреваются, их следует охладить ватой, смоченной холодным физиологическим раствором поваренной соли. Очень болезненно случайное прикосновение наконечника к наружным половым частям и к слизистой оболочке входа во влагалище. Когда прижигание окончено, приступают к дезинфекции влагалища. Все влагалище осторожно, но тщательно обрабатывают спиртом и иодом. Вместо иода можно протереть влагалище 5% раствором Argenti nitrici. Если раковая рана невелика и нет экзофитных (грибовидных) разрастаний, можно не делать экскохлеации, но прижигание пакеле-

ном всегда полезно. Вместо прижигания в этих случаях можно обработать язву 20% Sol. Argenti nitrici. Для этого ватный или марлевый тупфер пропитывают ляписом и прикладывают к язве. Для того, чтобы избытком ляписа не прижечь слизистую влагалища, нужно предварительно защитить задний свод марлей или ватой. Мы обрабатываем обыкновенно язву ляписом и после прижигания.

После прижигания и дезинфекции влагалище следует осторожно осушить. Мы никогда не тампонируем влагалище перед операцией.

Все манипуляции по подготовке влагалища проводятся под морфином (1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1% под кожу или 1 см³ Sol. Pantoponi 2%).

Желательно, чтобы лица, участвующие в операции, не участвовали в подготовке влагалища или, принимая в этом участие, надевали совершенно целые перчатки.

Тщательности предварительной подготовки больной мы придаем большое значение и, несмотря на наличие надежных помощников, лично принимаем участие в обработке влагалища и раковой язвы перед операцией или наблюдаем за проведением этих манипуляций.

Из перевязочной больную переводят непосредственно в операционную (или в наркозную комнату, если она имеется).

Техника операции. Операцию расширенного радикального удаления матки рекомендуется проводить с двумя помощниками. При большом опыте в производстве этой операции и наличии хорошего инструментария (главным образом, хорошего самодержащегося зеркала Франца или Штеккеля) можно обойтись и с одним опытным помощником. Специального инструментария для вертгеймовской операции не нужно, кроме зажима для влагалища. Впрочем при отсутствии специального зажима можно обойтись и без него (см. ниже). Для операции Вертгейма нужно иметь по крайней мере два набора инструментов и достаточное количество белья, перевязочного материала и перчаток (если последние вообще имеются в операционной), для того чтобы в процессе операции их можно было по мере надобности сменять.

Операцию следует начинать только после наступления глубокого сна или полной анестезии, если операция делается под люмбальной анестезией. Для лучшего доступа к глубинам малого таза необходимо придать больной максимальное тренделенбурговское положение.

Мы всегда делаем продольный разрез, длина которого зависит от особенностей случая (от развития подкожно-жирового слоя, от податливости брюшной стенки и т. п.). Для того, чтобы защитить подкожную клетчатку от микробов, с которыми приходится соприкасаться, работая в почти всегда инфицированной клетчатке малого таза, нужно тщательно соединить длинными изогнутыми клеммами (например, Микулича) края париетальной брюшины с краем простыней или полотенец, которыми обложена кожа. После введения зеркал нужно основательно защитить брюшную полость (кишки) большими марлевыми салфетками, причем нужно усвоить, что правильная защита возможна только в том случае, если достигнута полная анестезия и кишки отошли кверху к диафрагме. И хирург, и особенно нар-

котизатор должны следить за тем, чтобы наркоз поддерживался ровно.

Как всегда, нужно после вскрытия брюшной полости основательно изучить случай не только путем осмотра, но и путем внимательного ощупывания параметрия и стенок малого таза. Иногда лишь во время операции, т. е. только после вскрытия брюшной полости, хирург убеждается, что случай нужно отнести к группе иноперабильных. Если хирург устанавливает, что имеются значительные метастазы в железах, что параметрий инфильтрирован и что на выполнение операции без опасности поранения смежных органов мало шансов, он поступит благоразумно, если закроет брюшную полость и в дальнейшем использует лучистую терапию.

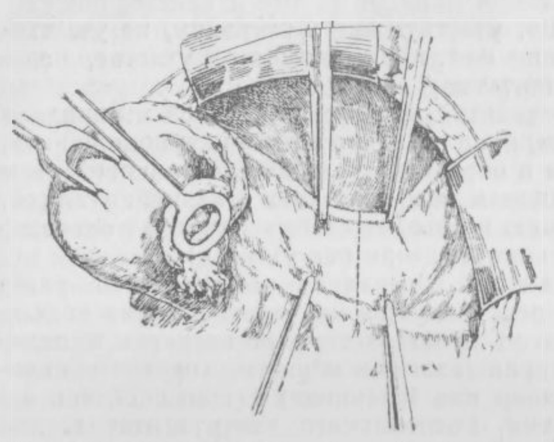


Рис. 231. Операция Вертгейма. Матка оттянута в сторону. Клеммами захвачены круглая связка и воронко-тазовая связка. Между связками натянута брюшина широкой связки. Пунктиром показана линия перерезки связок и брюшины между ними.

Матка и придатки должны быть выделены из спаек, если последние имеются, после чего можно приступить к операции в собственном смысле слова.

Матку обычно захватывают крепкими щипцами в области дна. Можно также в качестве держалок использовать два длинных кохера, наложенных на придатки и широкую связку по ребру матки. Обычно начинают с правых придатков. Для этого матка должна быть оттянута влево и вниз (к головному концу стола). Захватив ампулярный конец трубы и яичник пальцами или, лучше, при помощи овариальных щипцов, натягивают воронко-тазовую связку, на которую накладывается два кохера (основной зажим и контрзажим) (рис. 231). Накладывать кохер нужно с большой осторожностью, чтобы концами его не захватить мочеточника, который проходит под воронко-тазовой связкой в непосредственной близости (рис. 232). Кохер должен быть наложен перпендикулярно к натянутой связке. Если хорошо натянуть lig. infundibulo-pelvicum, то можно видеть совершенно отчетливо основную часть связки, содержащую сосуды, и просвечивающиеся кнутри от нее листки широкой связки. Концы кохера должны доходить до этого просвечивающегося участка. Между двумя кохерами связку перерезают, причем у конца кохера широкую связку несколько надрезают на некотором протяжении (0,2—0,5 см) перпендикулярно длиннику кохера (рис. 156, 157) для того, чтобы удобнее было завязать лигатуру. После перерезки связки кохер заменяют лигатурой, которая отмечается пеаном и остается до конца операции. За лигатуру всегда можно подтянуть брюшину и

ориентироваться во время перитонизации. Таким образом, перевязывают (в составе lig. infundibulo-pelvicum) a. spermatica interna или a. ovarica с соответствующими венами.

Далее захватывают правую круглую связку, перерезают между двумя кохерами и перевязывают (рис. 233). Лигатура также отмечается пеаном и оставляется до конца операции. Брюшину широкой связки между культями lig. infundibulo-pelvicum и lig. rotundum перерезают (рис. 234). Таким образом получается доступ к клетчатке малого таза (к параметральной клетчатке). Указательными пальцами (или двумя маленькими марлевыми тупферами) клетчатку между листками брюшины легко расслаивают по направлению к основанию широкой связки и к стенке таза. Мочеточник остается лежать на заднем листке (рис. 235).

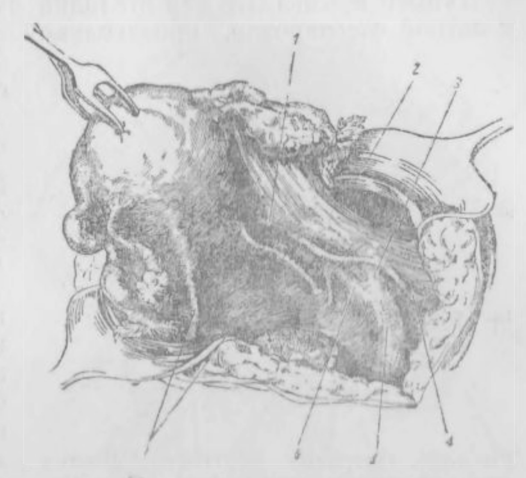


Рис. 232. Операция Вертгейма. Матка оттянута в сторону.

1, 4 — через задний листок широкой связки просвечивает мочеточник; (4) мочеточник на уровне терминальной линии, расположенный впереди больших сосудов и под основанием воронко-тазовой связки (lig. infundibulo-pelvicum) (2); 5 — a. iliaca communis; 3 — a. iliaca externa; 6 — a. hypogastrica sine a. iliaca externa; 7 — крестцово-маточные связки (lig. sacro-uterina).

Оставив временно правую сторону, хирург делает то же самое слева, для чего оттягивает матку вправо и книзу. Далее, натянув культю круглой связки и приподняв пинцетом пузырно-маточную брюшинную складку, ножницами рассекают передний листок широкой связки и брюшинную складку (plica vesico-uterina) от одной круглой связки до другой (рис. 236).

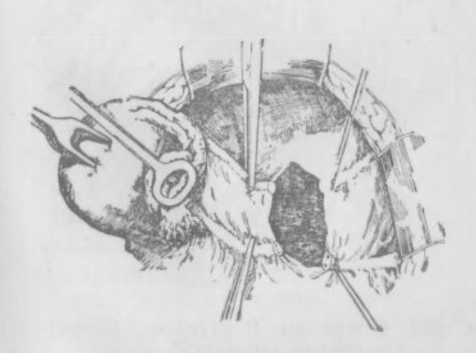


Рис. 233. Операция Вертгейма. Круглая и воронко-тазовая связки и брюшина между ними перерезаны и перевязаны. Видны культи перерезанных связок с оставленными концами лигатур.

Прежде чем перевязать a. uterinae, нужно отслоить мочевой пузырь от шейки матки и на некотором протяжении от передней стенки влагалища. Этот момент нужно выполнять с большой осторожностью, чтобы не только не поранить мочевого пузыря, но и не вызвать венозного кровотечения, которое может затруднить дальнейшие моменты операции. Мочевой пузырь отслаивают главным образом острым путем — ножницами, надсе-

кая клетчатку между мочевым пузырем и шейкой матки, причем пинцетом приподнимают мочевой пузырь, как это делается при передней кольпотомии.

Тупфер применяют для отслойки пузыря лишь как дополнение к острой отсепаровке, производимой под контролем зрения (рис. 237). До перевязки маточных сосудов мы не отслаиваем пузыря слишком далеко, ограничиваясь лишь уровнем переднего влагалищного свода. Дальнейшая отслойка продолжается уже после перевязки сосудов.

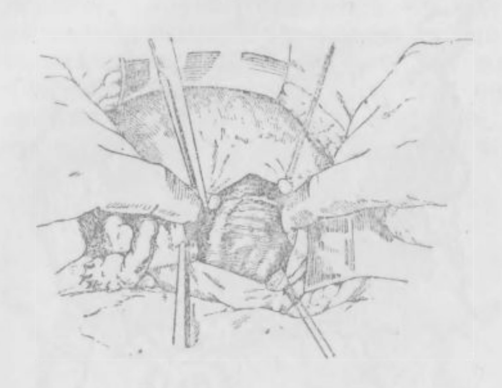


Рис. 234. Операция Вертгейма. Листки широкой связки раздвинуты пальцами. Слева намечается мочеточник, справа— сосуды.

После отслойки мочевого пузыря захватывают край пузырной брюшины пеаном и зеркала вводят в расщеп брюшины, благодаря чему широко раскрывается околоматочное клетчаточное пространство.

Для того, чтобы перевязать a. uterina на значительном расстоянии от матки, а именно почти у места отхождения ее от a. hypogastrica, мы прежде всего выделяем мочеточник и доходим до места перекреста с ним маточной артерии. Мочеточник в месте перекреста лежит под артерией.

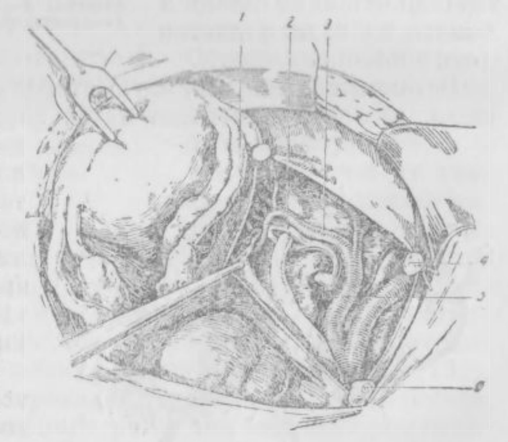


Рис. 235. Операция Вертгейма. Широкая связка вскрыта.

1—задний листок широкой связки; 2—vena uterina; 3—a. uterina; 4—культя круглой связки; 5—a. hypogastrica; 6—мочеточник.

Мочеточник выделяют в том месте, где он лежит на заднем листке широкой связки. Опытный хирург, натянув пинцетом или, лучше пеаном край заднего листка брюшины, сразу замечает мочеточник под тонким слоем клетчатки, окружающей его (рис. 238). Концами длинных куперовских ножниц удается отслоить мочеточник на некотором протяжении от заднего листка широкой связки; это же можно сделать при помощи маленького марлевого тупфера. Мочеточник узнают по внешнему виду — он имеет вид белесоватого тяжа, тянущегося вдоль заднего листка широкой связки. Нужно хорошо знать топографию мочеточника, чтобы легко его найти. Если захватить задний листок широкой связки между пальцами (указательным

и большим) и прощупать его снизу доверху, то мочеточник ощущается в виде перекатывающегося между пальцами круглого тяжа. Выделенный из клетчатки мочеточник узнают по густому сплетению мелких сосудов, окружающих его и проходящих в его адвентиции. Нередко можно видеть перистальтические сокращения мочеточника.

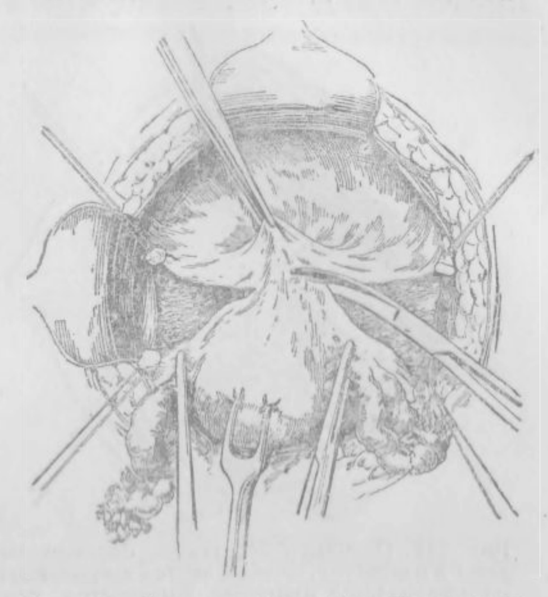


Рис. 236. Операция Вертгейма. Перерезается брюшина переднего листка широкой связки между культями круглых связок. Пинцетом приподнята и перерезается пузырно-маточная складка брюшины (plica vesico-uterina).

При выделении мочеточника ни в коем случае нельзя его травматизировать и, особенно, захватывать пинцетом. Выделив мочеточник на небольшом участке, мы подводим под него при помощи иглы Дешана (Dechamps) длинную лигатуру, которая отмечается пеаном и остается для ориентировки до конца операции (рис. 239).

Продвигаясь по мочеточнику вниз и энергично подтягивая матку в сторону, легко можно подойти к месту перекреста мочеточника с маточной артерией, которая может быть прослежена от ребра матки и a. hypogastrica.

Маточную артерию перевязывают следующим образом. Двумя длинными кохерами захватывают a. uterina (с клетчаткой) на некотором протяжении таким образом, чтобы латеральный кохер находился снаружи от мочеточника. Этот момент очень ответственный и его следует точно выполнить, чтобы не захватить случайно мочеточника. При помощи кохеров a. uterina несколько приподнимают, а мочеточник при помощи маленького тупфера слегка

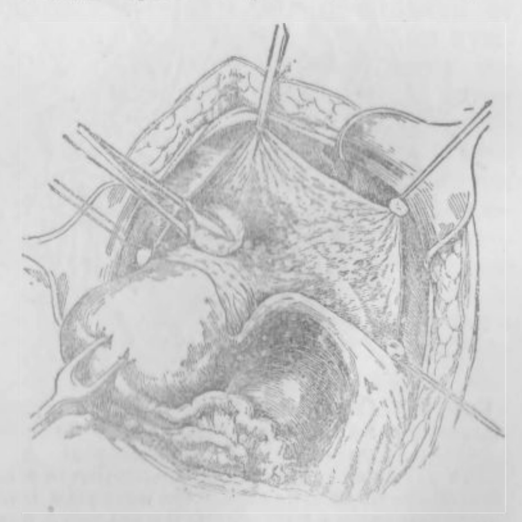


Рис. 237. Операция Вертгейма. Край пузырно-маточной складки брюшины приподнят пинцетом и мочевой пузырь отсепаровывается при помощи маленького марлевого тупфера. Видно место перекреста a. uterinae с мочеточником.

отсепаровывают от сосудистого пучка. Не перерезая артерии, при помощи иглы Дешана подводят под a. uterina лигатуру (рис. 239), которую завязывают. После того, как лигатура завязана, наружный кохер снимают и перерезают артерию. Концы лигатуры следует срезать. Потягивая за второй кохер, сосудистый пучок отделяют от мочеточника (рис. 240). Таким образом мочеточник делается доступным для дальнейшей отсепаровки. После этого момента мы переходим на левую сторону, а в правый параметрий вводим на время марлевую салфетку.



Рис. 238. Операция Вертгейма. Зеркала заведены в клетчатку. Задний листок широкой связки оттягивается пинцетом. Выделяется тупым путем на небольшом пространстве мочеточник.

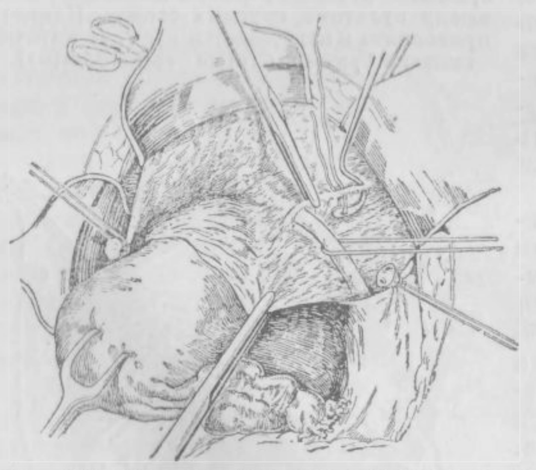


Рис. 239. Операция Вертгейма. Мочеточник выделен до маточной артерии. Под мочеточник подведена лигатура (не завязывается). A. uterina захвачена длинным кохером. Почти у места отхождения от a. hypogastrica маточная артерия перевязывается лигатурой, подведенной под нее при помощи иглы Дешана.

Для того чтобы найти и выделить левый мочеточник, мы обыкновенно переходим на другую сторону операционного стола и становимся справа от больной, а первый помощник на это время переходит на левую сторону. В этом положении левый мочеточник становится виднее и доступнее. В большинстве случаев левый мочеточник проходит несколько ближе к шейке матки и выделить его несколько труднее, чем правый.

Проделав то же самое слева (обнаружение и выделение мочеточника и перевязку и перерезку левой a. uterinae), хирург возвращается на старое место (слева от больной) и в дальнейшем не оставляет этого места до конца операции. В левый параметрий заводят марлевую салфетку.

Салфетку из правого параметрия извлекают. Благодаря временной тампонаде небольшое венозное кровотечение обыкновенно оста-

павливается. Контрклеммы после перевязки маточных сосудов можно снять. Это освобождает операционное поле от лишних инструментов.

Матку энергично оттягивают книзу (к голове больной), помощник поднимает при помощи зеркала мочевой пузырь, и хирург приступает к дальнейшей отсепаровке мочевого пузыря. Мочевой пузырь на данном этапе отслаивают до linea interureterica, т.е. до места впадения в него мочеточников (рис. 241).

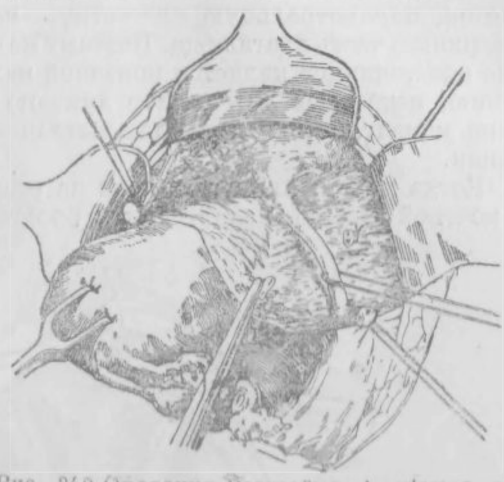


Рис. 240. Операция Вертгейма. A. uterina перерезана и перевязана. Маточный конец артерии захвачен кохером и отвернут к матке.

Отсепаровав мочевой пузырь, приступают к дальнейшему выделению мочеточников, одновременно удаляя клетчатку. Тонкий пласт клетчатки над мочеточником пересекают на клемме, наложенной сбоку от мочеточника (рис. 241). Эта клетчатка входит в состав lig. vesico-uterinum.

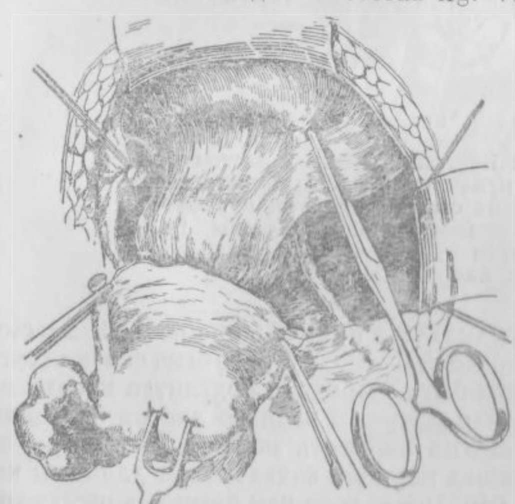


Рис. 241. Операция Вертгейма. После перевязки маточных артерий продолжена отсепаровка мочевого пузыря от влагалища. На рисунке видно впадение мочеточника в мочевой пузырь. Кохером захвачен слой клетчатки над мочеточником, несколько сбоку от последнего (lig. vesico-uterinum).

Для того, чтобы отсепаровать мочеточник от шейки и влагалища, нужно надсечь клетчатку медиально от него и затем осторожно отодвинуть его маленьким марлевым тупфером. Все манипуляции нужно делать четко, строго придерживаясь анатомических слоев. Задача помощников сводится к хорошему раздвиганию зеркалами операционной раны и тщательному вытиранию крови. Нередко наблюдается при отслойке мочевого пузыря (на втором этапе) и мочеточников обильное венозное кровотечение, которое хорошо останавливается тампонадой. Продержав тампон (марлевую салфетку) некоторое время, можно остановить кровотечение, которое нередко не поддается самому щепетильному обкалыванию.

Для того чтобы операция была действительно радикальной, нужно убрать как можно больше клетчатки в области крестцово-маточных связок, параметральную клетчатку, паравагинальную клетчатку и верхнюю часть влагалища. Поэтому не следует думать, что выделение мочеточников является конечной целью операции (как, к сожалению, некоторые до сих пор думают) — выделение мочеточников лишь момент, необходимый для выполнения дальнейших этапов операции.

Когда мочеточники выделены на всем протяжении до впадения в мочевой пузырь, приступают к рассечению брюшины заднего ду-

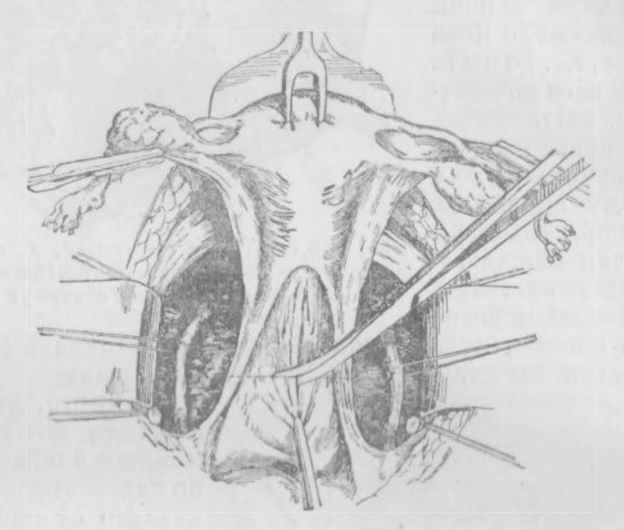


Рис. 242. Операция Вертгейма. Задний листок брюшины перерезан от культей воронко-тазовых связок до крестцово-маточных связок. Пинцетом приподнята складка прямокишечно-маточной брюшины (plica recto-uterina), которая перерезается ножницами в поперечном направлении (пунктир).

гласова пространства (между маткой и прямой кишкой — plica recto-uterina) и брюшины, покрывающей крестцово-маточные связки (рис. 242). Для этого матка должна быть энергично подтянута кверху по направлению к симфизу. При рассечении заднего листка брюшины нужно быть осторожным, чтобы не поранить мочеточников и прямой кишки. Брюшину дна дугласова кармана захватывают длинным кохером, как показано на рис. 242. После того как брюшина рассечена, можно войти в клетчатку между прямой кишкой и задней стенкой влагалища указательным пальцем или, лучше, длинным тупфером, как показано на рис. 243.

Когда крестцово-маточные связки выделены на значительном протяжении, их нужно перерезать. Это делается после зажатия их длинными изогнутыми клеммами (рис. 244).

Таким образом удаляют значительный отрезок ретракторов (lig. sacro-uterinum). Культи перевязывают. После перерезки ретракторов

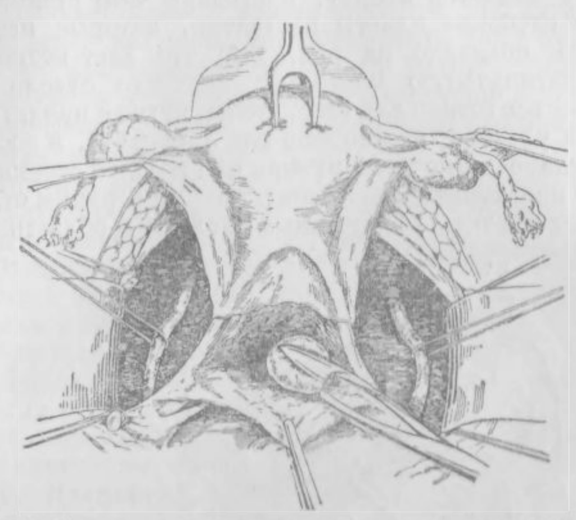


Рис. 243. Операция Вертгейма. Деталь рис. 242. Пинцетом захвачен край перерезанной plicae recto-uterinae. Маленьким марлевым тупфером отсепаровывается прямая кишка от задней стенки влагалища.

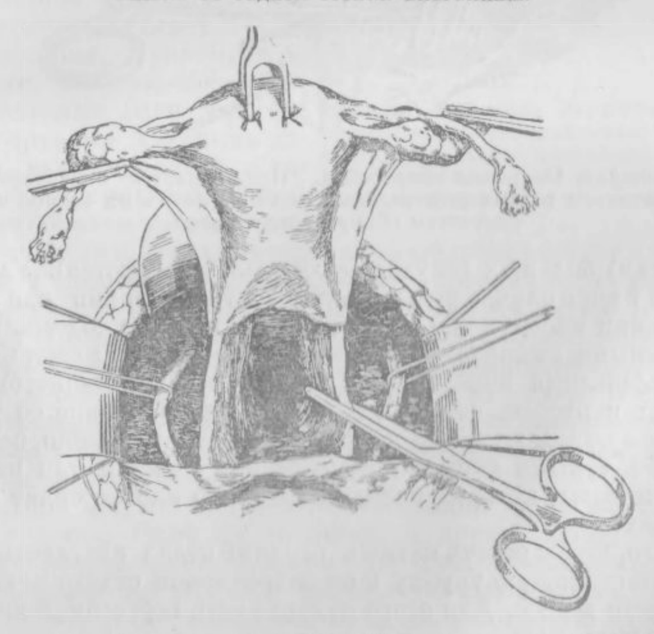


Рис. 244. Операция Вертгейма. Прямая кишка отсепарована. Крестцово-маточные связки выделены на значительном протяжении и перерезаются.

матка сразу подается кверху, благодаря чему становятся доступными более глубокие пласты клетчатки, которые перерезают на клеммах, как показано на рис. 245; это дает возможность удалить паравагинальную клетчатку верхнего отдела влагалища.

Когда уже все готово для того, чтобы матка с придатками и клетчаткой была удалена, нужно еще раз проверить, в достаточной ли степени отсепарован мочевой пузырь от передней стенки влагалища. Прежде чем приступить к отсечению матки с верхним отделом влагалища, нужно удалить увеличенные железы в области разделения

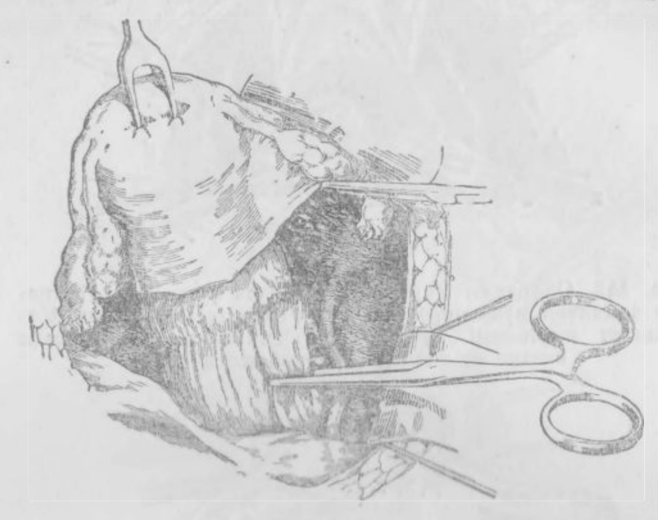


Рис. 245. Операция Вертгейма. Продолжается перерезка клетчатки в зоне уплотнения крестцово-маточных связок и клетчатки сбоку от влагалища.

(бифуркации) больших сосудов (если железы имеются). Удаляемые железы ни в коем случае нельзя захватывать кохерами или другими зажимающими инструментами. В железах нередко содержится гной с вирулентными микробами. Раздавливание железы может быть причиной рассеивания инфекции. Длинным острым пинцетом нужно приподнять и рассечь фасцию, покрывающую большие сосуды. Таким образом попадают в слой клетчатки, в которой можно, осторожно продвигаясь тупыми концами куперовских ножниц или пальцами, выделить железы, которые нередко довольно плотно сидят на больших сосудах.

Для того, чтобы отсечь матку и верхний отдел влагалища, мы зажимаем влагалищную трубку в отсепарованном отделе ниже влагалищной части шейки. Для этого нужно иметь вертгеймовский зажим под углом (рис. 246).

Благодаря тому, что влагалище зажимается, раковая язва герметически закрывается в манжетке, и выделения (инфицированные) не могут попасть в брюшную полость во время отсечения матки и верхнего отдела влагалища. Во время наложения зажима на влагалище помощники должны энергично раскрыть рану для того, чтобы

мочеточники и мочевой пузырь были на виду и не попали случайно в зажим.

Когда влагалище зажато, нужно подвести под матку большую марлевую салфетку для того, чтобы защитить рану от случайного попадания в нее влагалищных выделений. Равным образом следует оградить салфетками и брюшную рану. Влагалище вскрывают ниже зажима обычно сбоку, справа. Для этого край влагалища захватывают пулевыми щипцами или длинным кохером и энергичными ударами длинных куперовских ножниц образуют во влагалище небольшое отверстие. Сейчас же через это отверстие влагалище тампонируют при помощи длинного тупого пинцета стерильным марлевым бинтом. Это делают для того, чтобы выделения, скопившиеся во время операции во влагалище, не попали в рану. Влагалище над тампоном дополнительно обрабатывают иодом, после чего можно продолжать циркулярное отсечение влагалища. Сначала рассекают переднюю стенку влагалища, причем края последнего захватывают длинными кохерами (или какими-нибудь другими длинными зажимами, какие имеются), а затем отсекают и заднюю стенку.

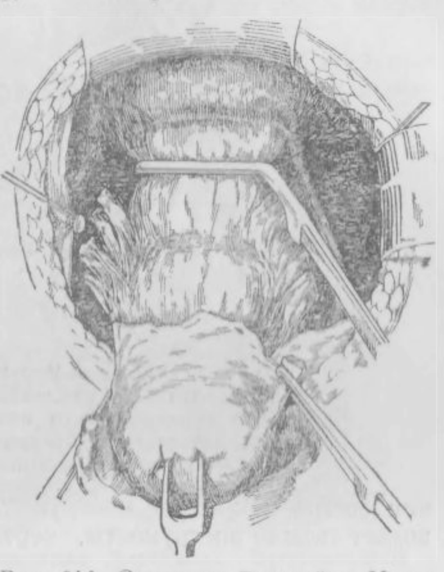


Рис. 246. Операция Вертгейма. Матка с придатками и околоматочной клетчаткой и верхняя треть влагалища выделены. Влагалище зажато зажимом Вертгейма. Влагалище перерезается выше зажима.

Таким образом удаляют матку с придатками и с верхним отделом влагалища вместе с клетчаткой.

Если в расположении хирурга нет специального инструмента для зажатия влагалища, то можно его заменить двумя изогнутыми зажимами Микулича, которые накладывают с обеих сторон, причем каждый из зажимов закрывает половину влагалищной трубки. Концы зажимов должны несколько заходить друг за друга. После отсечения матки зеркала вынимают из клетчатки и для раскрытия брюшной раны вводят свежие зеркала. Инструменты, которыми отсекалось влагалище, также сменяются.

Отдельной кетгутовой лигатурой передний край влагалища соединяют с краем пузырной брюшины, а другой лигатурой задний край влагалища сшивают с краем брюшины, покрывающей прямую кишку (с краем перерезанной plicae recto-uterinae (рис. 247). Для того, чтобы отверстие влагалища не зияло в брюшную полость в течение дальнейших манипуляций, мы связываем переднюю лигатуру с задней (рис. 248).

После этого извлекают салфетки, которые были введены для защиты брюшной полости непосредственно перед вскрытием влагалища.

Все участники операции (и операционная сестра) сменяют перчатки (или моют руки 0,25% раствором нашатыря и спиртом). Операцион-

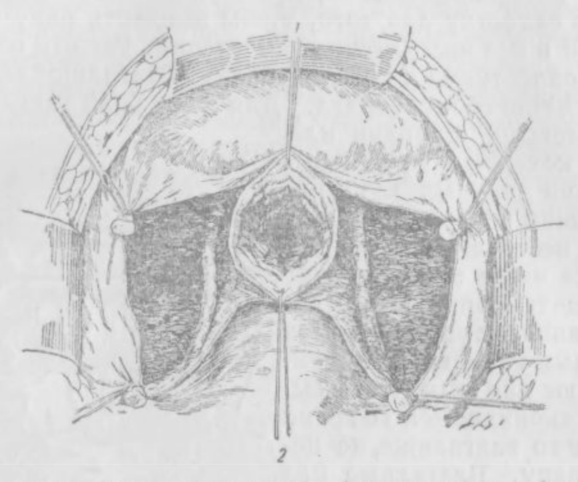


Рис. 247. Операция Вертгейма. Матка с верхним отделом влагалища удалена. Отдельной узловой лигатурой передний край влагалища соединен с краем пузырно-маточной брюшины, а задний край влагалища — с краем прямокишечно-маточной брюшины.

ная сестра покрывает инструментальный стол свежей простыней и подает свежие инструменты, перевязочный материал и белье (удобно заранее приготовить второй инструментальный столик со всем необходимым). Брюшную рану обкладывают свежими полотенцами, а в полость брюшины дополнительно вводят свежие марлевые салфетки.

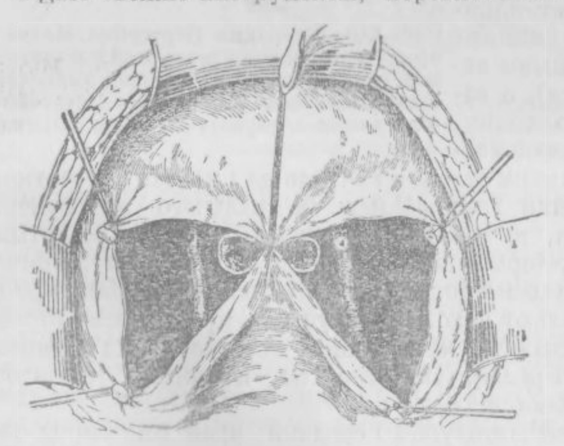


Рис. 248. Операция Вертгейма. Края влагалища и брюшины сближены (связаны между собой лигатуры).

Влагалище совершенно не зашивают. Над открытым влагалищем производится перитонизация, причем листки широкой связки сшиваются непрерывной кетгутовой лигатурой от культи правой воронко-тазовой связки до одноименной культи слева. Культи погружают под брюшину (рис. 249).

Таким образом, восстанавливается полностью целость брюшинного покрова малого таза. Для большей уверенности в прочности шва можно поверх непрерывного шва соединить дополнительно в трех пунктах отдельными кетгутовыми лигатурами пузырную брюшину с брюшиной, покрывающей прямую кишку.

После перитонизации подбрюшинные клетчаточные пространства остаются в сообщении с открытым влагалищем; при нагноении в клетчатке открытая влагалищная трубка является естественным дренажем. Никаких марлевых выпускников в клетчатку мы не вводим. Марлевый бинт, который был введен во влагалище после вскрытия последнего извлекают на операционном столе тотчас же после закрытия брюшной полости.

Прежде чем приступить к закрытию брюшной раны, обычно протирают эфиром брюшину малого таза во всех случаях, кроме проводимых под люмбальной анестезией.

Для закрытия брюшной стенки больную переводят в горизонтальное положение. Все салфетки из брюшной полости извлекают, после чего еще раз сменяют перчатки (или освежают руки), сменяют еще раз полотенца вокруг брюшной раны, кожу смазывают иодом, и свежими инструментами брюшную стенку зашивают послойно.

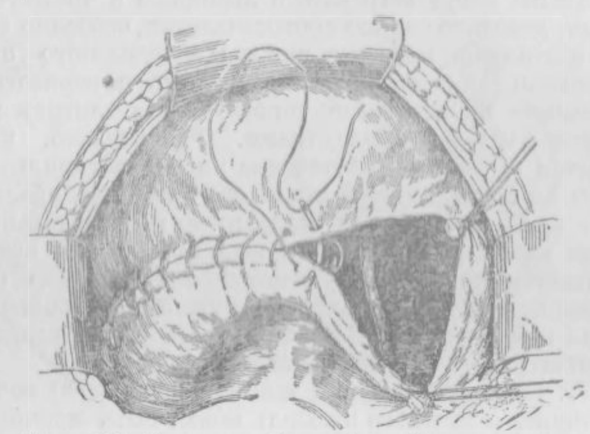


Рис. 249. Операция Вертгейма. Производится тщательная перитонизация, причем влагалище остается открытым.

Некоторые замечания к технике операции

1. Весьма рационально предложение проф. Лурье начать перитонизацию до того, как влагалище вскрыто. Перитонизация производится с обеих сторон до влагалища. Влагалище вскрывают в последний момент, после чего можно продолжать так, как описано выше. Таким образом, несколько сокращается время, в течение которого открытое влагалище может сообщаться с брюшной полостью. Этот прием очень ценен, когда у хирурга нет специального зажима для влагалища.

2. В случаях, подозрительных в отношении инфекции (наличие нагноившихся желез, прорыв ракового распада в операционную рану во время операции и т. п.), можно после перитонизации ввести в малый таз тампон Микулича, конец которого выводят через нижний отдел брюшной раны. Большую марлевую салфетку захватывают в центре длинным корнцангом, при помощи которого ее вводят в малый таз (рис. 194). Полость образовавшегося марлевого мешка выполняют при помощи длинного тупого пинцета (или пальцами) марлевым бинтом. Конец бинта отмечается шелковой лигатурой (рис. 195). Брюшную стенку зашивают послойно, причем в нижнем отделе брюшной раны оставляют незашитым участок длиной в 3—4 см для концов тампона Микулича. На 5-й день после операции начинают подтягивать за шелковинку бинт, который на 6—7-й день совсем извлекают. С 8-го дня начинают постепенно подтягивать салфетку (ме-

шок), осторожно перебирая двумя пинцетами ее края. К 10-му дню марлевый мешок обычно легко извлекается и оставшийся канал очень быстро выполняется грануляциями и рубцуется.

3. Для успешного и четкого оперирования и благоприятного течения послеоперационного периода большое значение имеет тщательный гемостаз (остановка кровотечения). Гарантией бескровной операции будет методичность и неторопливость в действиях хирурга с соблюдением послойного строго анатомического разделения тканей. И все же могут встречаться женщины с чрезвычайно развитыми венами, довольно сильно кровоточащими, особенно во время отсепаровки от влагалища мочевого пузыря и пузырного отдела мочеточников; довольно сильно может кровоточить и паравагинальная клетчатка. Венозное кровотечение хорошо останавливается временной тампонадой марлевыми салфетками. Удивительно, как быстро прекращается венозное кровотечение из паравагинальной клетчатки, после того как зажимаются крестцово-маточные связки. Кровотечение из вен прекращается или становится незначительным, как только удалена матка с частью влагалища. Если вскоре после операции обнаруживается значительное венозное кровотечение (кровь течет наружу через незашитое влагалище), нужно взять больную на операционный стол и в зеркалах затампонировать через влагалище кровоточащую клетчатку. Тампон извлекают через сутки.

4. Не только прямая травма (поранение) мочевых органов (мочеточников и мочевого пузыря) может быть причиной мочевых свищей, но и слишком грубое обращение с ними (захватывание пинцетом, грубое и насильное отодвигание без предварительного выделения острым путем) может повлечь за собой некротизацию стенки мочеточника или мочевого пузыря.

В главе XVII подробно разобран вопрос о случайных ранениях мочевых органов и о мерах профилактики и лечения этих ранений.

5. Некоторые гинекологи рекомендуют создавать надежный гемостаз во время операции предварительной перевязкой с обеих сторон aa. hypogastricae (подчревных артерий). После перевязки артерий операцию продолжают, как описано выше. По нашим наблюдениям, ни мочевой пузырь, ни прямая кишка не страдают от перевязки подчревных артерий. Мы не перевязываем подчревных артерий во время операции Вертгейма.

Тем не менее мы считаем необходимым, чтобы каждый хирург умел находить и перевязывать aa. hypogastricae. В перевязке артерии может возникнуть необходимость в случае невозможности остановить кровотечение из нечаянно перерезанной a. uterinae или при случайном отрыве артерии или соскальзывании лигатуры, наложенной на маточную артерию. Подчревную артерию — a. hypogastrica interna нужно искать в том месте, где a. iliaca communis делится на a. iliaca externa и a. hypogastrica, а именно тотчас под linea innominata впереди крестцово-подвздошного сочленения (рис. 250). Артерию нужно перевязать несколько отступя от бифуркации. Для того, чтобы подойти к артерии, нужно на протяжении 2 см рассечь брюшину, покрывающую большие сосуды. Осторожно разделив тупыми пинцетами клетчатку над сосудами, нужно подвести под артерию иглу Дешана.

придерживаясь непосредственно стенки сосуда для того, чтобы не поранить вену или мочеточник. Артерию перевязывают надежной кетгутовой или шелковой лигатурой, концы которой после перевязки нужно отрезать. Подчревную артерию перевязывают, но не перерезают (рис. 251).

Во время операции Вертгейма можно подойти к подчревной артерии и без специального разреза брюшины. После перерезки и перевязки lig. infundibulo-pelvicum культю последней подтягивают кверху и осторожными движениями указательных пальцев или дву-

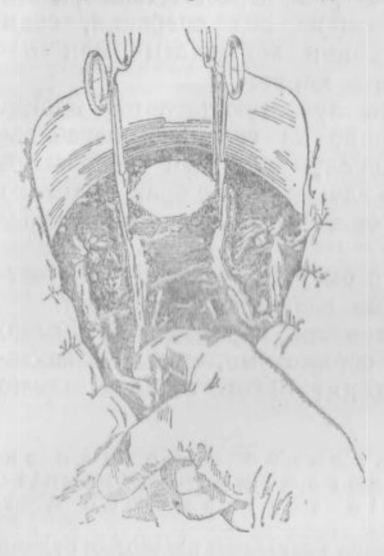


Рис. 250. Перевязка a. hypogastricae. Слева артерия перевязана.



Рис. 251. Перевязка a. hypogastricae. Слева артерия перевязана. Справа под артерию подведена игла Дешана.

мя тупферами осторожно раздвигают клетчатку над большими сосудами, и a. hypogastrica перевязывают, как описано.

6. Ввиду того, что при раке шейки матки параметральная клетчатка никогда не может считаться стерильной и, таким образом, всегда приходится оперировать в среде, подозрительной в отношении инфекции, нужно обращать внимание на тщательность защиты брюшной полости при помощи марлевых салфеток. Равным образом нужно защищать от соприкосновения с клетчаткой малого таза подкожную жировую клетчатку, которая не обладает большой сопротивляемостью против инфекции. С этой целью мы соединяем края париетальной брюшины с краем простынь (или полотенец), положенных вдоль брюшной раны (см. выше), так как брюшина значительно резистентнее против инфекции, чем подкожная клетчатка. Однако и пристеночную брюшину должно щадить — не травмировать ее, не захватывать ее руками и т. д. Защитить края брюшной раны можно концами салфеток, которыми ограждается брюшная полость (кишечник).

7. Выше было указано, что, перед тем как приступить к перитонизации, необходимо сменить перчатки, инструменты и белье. Рав-

ным образом нужно сменить перчатки, инструменты и белье и перед зашиванием брюшной раны. Вообще во время операции радикального удаления матки по поводу рака шейки необходимо часто менять инструменты. Для этого количество инструментов, отбираемых для операции, должно быть увеличено, но не все инструменты следует сразу раскладывать на инструментальном столе. У операционной сестры запас стерильных инструментов и материала должен лежать на отдельном столе.

8. При операции Вертгейма большую роль играет четкая работа помощников. Опытные помощники, знающие ход операции, сами должны знать свои обязанности, действиями же молодых или неопытных помощников должен руководить хирург.

9. При невозможности использовать лучистую терапию иногда приходится оперировать случаи, стоящие на границе операбильности. Эти технически наиболее трудные случаи и дают наибольший процент первичной смертности. За такие случаи может браться только хирург, имеющий достаточный опыт в операциях радикального удаления матки.

10. Чем больший отдел влагалища с околовлагалищной клетчаткой удаляют, тем успешнее отдаленные результаты операции.

11. Во время перитонизации (соединение переднего и заднего листков широкой связки) нужно быть осторожным, чтобы не захватить в шов мочеточника, который проходит близко от края заднего листка брюшины.

Основные моменты радикальной операции экстирпации матки и части влагалища (exstirpatio uteri cum adnexis et resectio vaginae modo Wertheimi):

1) подготовка влагалища: а) спринцевание влагалища раствором сулемы (1:1 000), б) дезинфекция спиртом и иодом наружных половых органов, в) введение зеркал во влагалище и обсушивание последнего марлевыми тупферами, г) выскабливание (excochleatio) раковой язвы (если нужно), д) прижигание язвы пакеленом, е) обработка раковой язвы 20% Sol. Argenti nitrici, ж) обработка всего влагалища спиртом и иодом; 2) опорожнение мочевого пузыря катетером; 3) наркоз; 4) дезинфекция кожи передней брюшной стенки бензином, спиртом и иодом; 5) «одевание» (защита стерильным бельем брюшной раны); 6) придание больной тренделенбурговского положения; 7) разрез и вскрытие (послойное) брюшной стенки; 8) соединение париетальной брюшины с простынями (полотенцами), защищающими брюшную рану (защита подкожной жировой клетчатки); 9) введение брюшных зеркал; 10) введение салфеток для защиты брюшной полости; 11) осмотр и изучение особенностей случая; 12) выделение матки и придатков из спаек (если нужно); 13) захватывание матки щипцами Дуайена или двумя кохерами; 14) перерезка (в клеммах) и перевязка lig. infundibulo-pelvici справа; 15) перерезка (в клеммах) и перевязка lig. rotundi справа; 16) перерезка брюшины между культями связок справа; 17) тупое расслоение клетчатки между листками связок (справа); 18, 19, 20 и 21) повторение предыдущих четырех моментов (14, 15, 16, 17) слева; 22) рассечение в поперечном направлении переднего листка широкой связки с обеих сторон от культей круглых связок по направлению к plica vesico-uterina; 23) рассечение plicae vesico-uterinae и отслойка мочевого пузыря от шейки и переднего свода; 24) введение зеркал между листками широкой связки (в клетчатку); 25) отыскание и выделение правого мочеточника до места перекреста a. uterina; 26) захватывание, перевязка и перерезка правой a. uterinae; 27) дальнейшее обнажение и отслойка правого мочеточника в месте перекреста с артерией; 28) хирург переходит на правую сторону (ассистент — на левую; 29, 30, 31) повторение на левой сто-

роне моментов 25, 26 и 27; 32) хирург и ассистент возвращаются на свои места; 33) дальнейшая дополнительная отслойка мочевого пузыря с обнажением устьев мочеточников; 34) перерезка и перевязка клетчатки латерально от правого мочеточника; 35) выделение правого мочеточника до впадения его в мочевой пузырь; 36, 37) повторение слева моментов 34 и 35; 38) рассечение в поперечном направлении заднего листка широкой связки с обеих сторон до крестцово-маточных связок; 39) рассечение plicae recto-uterinae и брюшины, покрывающей крестцово-маточные связки; 40) отделение прямой кишки от задней стенки влагалища и выделение зоны уплотнения крестцово-маточных связок; 41) перерезка и перевязка крестцово-маточных связок; 42) дополнительная перерезка и перевязка клетчатки в области крестцово-маточных связок; 43) перерезка и перевязка пластов клетчатки (параметральной и паравагинальной) ниже мочеточников; 44) дополнительная отслойка мочевого пузыря от передней стенки влагалища (если нужно); 45) удаление увеличенных желез (если это нужно); 46) наложение зажима на влагалище на расстоянии 2—3 см ниже portio vaginalis; 47) вскрытие влагалища ниже зажима и тампонада влагалища марлевым бинтом. Дополнительная обработка влагалища иодом; 48) отсечение влагалища и захватывание краев последнего длинными кохерами; 49) соединение края передней стенки влагалища с краем пузырной брюшины, одним кетгутовым швом; 50) соединение края задней стенки влагалища с краем брюшины, покрывающей прямую кишку, одним кетгутовым швом; 51) связывание между собой передней и задней лигатур; 52) смена перчаток (или мытье рук), инструментов, материала и белья; 53) перитонизация, протирание брюшины малого таза эфиром (если операция делается под общим наркозом); 54) возвращение больной (стола) в горизонтальное положение и извлечение салфеток из брюшной полости; 55) захватывание краев париетальной брюшины свежими инструментами, смена белья на коже, дополнительная обработка кожи иодом; 56) смена перчаток (или обработка рук); 57) закрытие брюшной полости и повязка; 58) извлечение из влагалища марлевого тампона.

Образец описания операции Вертгейма

1. Показания. Рак шейки матки (I—II стадия по международной классификации).

2. Наркоз. За 45 минут до подготовки влагалища введен под кожу 1 см³ Sol. Morphini hydrochlorici 1%; тотчас после подготовки введено еще 0,5 см³ морфина.

Дан общий эфирный наркоз (120 см³). В течение операции введено под кожу три раза по 2 см³ Ol. Camphorae. Время от времени давалась углекислота. Наркоз протекал без осложнений.

3. Операция. Раковая язва прижжена пакеленом и 20% Sol. Argenti nitrici. Влагалище протерто сулемой (1:1 000), спиртом и иодом. Спущена катетером моча. Сделан разрез по linea alba от симфиза до пупка. При осмотре органов малого таза обнаружено, что матка несколько увеличена, плотна, подвижна; придатки завуалированы (окутаны тонкими спайками); левая труба в абдоминальном конце запаяна. Справа у больших сосудов через брюшину прощупывается железа величиной с лесной орех.

Перерезаны и перевязаны последовательно lig. infundibulo-pelvicum и lig. rotundum справа; брюшина между ними также перерезана. Листы широкой связки тупо расслоены до основания. Тоже сделано на левой стороне. Левая воронко-тазовая связка значительно укорочена. Передний листок широкой связки перерезан от культи круглой связки справа до культи круглой связки слева: одновременно перерезана plica vesico-uterina. Мочевой пузырь при помощи куперовских ножниц и марлевого тупфера отслоен почти бескровно до свода. Справа выделен мочеточник на небольшом участке (2—3 см) выше перекрестка с маточной артерией; отсепаровка продолжена до артерии. Сосудистый пучок прослежен до места отхождения маточной артерии от a. hypogastrica. A. uterina вместе с клетчаткой и венами захвачена двумя длинными кохерами несколько латеральнее мочеточника, который отслоен в месте перекреста. Маточная артерия перевязана почти у места отхождения от подчревной артерии, после чего маточная артерия перерезана. Маточный конец артерии с клетчаткой при помощи наложенных

кохеров отделен и отвернут к матке. То же сделано на левой стороне. Выделение левого мочеточника и сосудистого пучка слева были несколько затруднены вследствие склероза параметральной клетчатки.

Мочеточники с обеих сторон выделены до места впадения их в мочевой пузырь, причем удален тонкий слой клетчатки над ними. Мочевой пузырь отслоен от передней стенки влагалища на значительном протяжении. При выделении левого мочеточника в его pars juxta-vesicalis (у устья мочеточника) наблюдалось значительное венозное кровотечение, которое было легко остановлено временной тампонадой при помощи марлевой салфетки. Задний листок широкой связки с обеих сторон несколько надсечен параллельно ребру матки. Разрезана plica recto-uterina и брюшина над крестцово-маточными связками. Прямая кишка отслоена от задней стенки влагалища. Крестцово-маточные связки перерезаны и перевязаны на значительном расстоянии от матки. Дополнительно перерезана и перевязана клетчатка в зоне уплотнения ретракторов и клетчатка сбоку от шейки и верхнего отдела влагалища. Таким образом, матка с придатками и клетчаткой, а также верхняя часть влагалища на всем протяжении выделены. Отчасти острым, но преимущественно тупым путем выделена и удалена железа, находившаяся справа в области разделения больших сосудов (aa. iliaca externa et hypogastrica). Железа была плотно соединена со стенкой сосуда.

Влагалище зажато специальным зажимом на расстоянии 4 см ниже portionis vaginalis. Влагалище ниже зажима вскрыто и тотчас через сделанное отверстие затампонировано марлевым бинтом. Оставшееся свободным от бинта влагалище дополнительно обработано иодом, после чего циркулярно отсечено. Передний край влагалища соединен с краем пузырной брюшины, а задний край влагалища — с брюшиной прямой кишки при помощи двух узловых лигатур, которые затем связаны между собой. Над открытым влагалищем произведена тщательная перитонизация (соединение листков широкой связки с погружением культей).

Брюшина малого таза протерта эфиром.

Брюшная рана закрыта послойно. На кожу наложены три шелковые лигатуры и металлические скобки Мишеля. Наложена коллоидная повязка.

Из влагалища извлечен марлевый тампон.

Продолжительность операции — 1 час 25 минут.

Хирург (фамилия), операционная сестра (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия). Номер операционного журнала.

4. Описание препарата. Удаленный препарат представляет собой матку с придатками и верхний отдел влагалища, а также значительное количество параметральной клетчатки. На разрезе обнаружена на передней губе наружного зева и отчасти справа раковая язва с эндофитным прорастанием раковой ткани в толщу стенки шейки. Раковая язва справа поверхностно распространяется до правого свода влагалища. Левая труба представляет собой сактосальпинкс толщиной с мизинец, с мутноватым жидким содержимым. Яичники мелкокистозно перерождены.

Препарат направлен для гистологического исследования.

14. ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

а) Острые травмы мочевых органов при гинекологических операциях (профилактика, лечение)

Вопросы, связанные с профилактикой и лечением случайных ранений мочевого пузыря и мочеточников при гинекологических операциях, разобраны в главе (стр. 267).

б) Методика зашивания пузырно-влагалищных свищей

Подавляющее большинство пузырно-влагалищных свищей возникает в результате сдавления и омертвения мочевого пузыря и стенки влагалища, ущемленных во время родов между головкой плода и

костями таза. Это наблюдается при узких тазах, при неправильных вставлениях головки и других расстройствах родового акта, ведущих к слишком долгому стоянию головки и, следовательно, к сдавлению мягких тканей. Гораздо реже пузырно-влагалищные свищи возникают в результате острой травмы при производстве акушерских операций (краниотомия, щипцы и др.).

Само собой разумеется, что профилактика пузырно-влагалищных свищей акушерского происхождения, наряду с профилактикой вообще акушерского травматизма, должна проводиться по линии улучшения организации родовспоможения и повышения квалификации врачей и акушерок.

Сравнительно редко пузырно-влагалищные свищи возникают при гинекологических операциях.

Величина и положение пузырно-влагалищных свищей, в особенности свищей, возникших в результате омертвения с последующим рубцеванием тканей, чрезвычайно разнообразны. В этом отношении можно сказать, что нет двух свищей, которые были бы похожи друг на друга. Общая черта, характеризующая все свищи подобного происхождения,— это обилие рубцов, деформирующих слизистую оболочку влагалища и свищевое отверстие. Вследствие наличия рубцов мочевой пузырь может быть подтянут и припаян даже к костям таза.

Лучше всего зашивать пузырно-влагалищные свищи через 4—6 месяцев после их возникновения. Самый ранний срок (при небольших свищах) — это 3 месяца. Мы не рекомендуем, однако, зашивать свищи в ранние сроки, так как в это время не закончен еще процесс рубцевания, ткани еще хрупки, ломки и инфильтрированы; не исключена и возможность наличия инфекции в клетчатке. Но зашивание слишком застарелых свищей, при которых слизистая влагалища и рубцы чрезмерно ригидны, тоже невыгодно.

Непременным условием успешного оперирования является тщательная подготовка больных. Должны быть прежде всего ликвидированы явления мацерации и экзема в области наружных половых частей и на бедрах. Для этого нужно тщательно сбривать волосы на лобке и половых частях, подмывать больных несколько раз в день теплой водой с мылом и смазывать наружные половые органы, промежность и бедра вазелиновым маслом, борным вазелином, висмутовой мазью или пастой Лассара. Очень полезны общие ванны. При наличии цистита и кольпита полезны спринцевания и промывания мочевого пузыря слабым раствором Kalii hypermanganici, 2% раствором Acidi borici или раствором (1 : 2 000 или 1 : 3 000) Argenti nitrici. Нужно добиться, чтобы к моменту операции все явления раздражения слизистой оболочки мочевого пузыря, влагалища и кожи были ликвидированы. **Моча должна иметь кислую реакцию.** При щелочной реакции мочи Атабеков рекомендует давать внутрь раствор соляной кислоты (7,5 :500,0) по 1 чайной ложке 4—5 раз в день, постепенно повышая дозу до 1 столовой ложки 4—5 раз в день. Полезно назначать по 3 раза в день салол с уротропином (аа 0,25).

При наличии маленьких свищей, величиной, например, с головку маточного зонда, не следует торопиться с операцией, так как маленькие свищи нередко в процессе рубцевания самопроизвольно закры-

ваются, чему может способствовать прижигание свища (краев) при помощи электрокоагуляции или каленым железом.

Топографические особенности пузырно-влагалищного свища должны быть до операции тщательно изучены всеми доступными методами. Хирург, назначая на операцию больную, должен иметь ясное представление о случае и заранее продумать план действия, который может быть лишь несколько изменен в зависимости от новых данных, которые могут обнаружиться уже во время операции.

Непременным условием правильного зашивания пузырно-влагалищного свища (как и других мочевых свищей) является создание хорошего доступа к свищу и хорошей видимости. В огромном большинстве случаев свищевое отверстие, как уже упоминалось, бывает окружено рубцами, затрудняющими доступ к стенке мочевого пузыря. Равным образом рубцами может быть совершенно деформирована и стенка влагалища. Рубцовое сморщивание сводов и параметральной клетчатки может затруднить низведение шейки матки.

Для операции зашивания пузырно-влагалищного свища женщина должна быть положена на операционный стол, как для влагалищной операции, причем бедра должны быть прижаты к животу. Очень удобно при этом тренделенбурговское (под небольшим углом) положение, т. е. приподнятое положение тазового конца.

Если доступ к свищу, вследствие обилия рубцов и узости влагалища, затруднен, можно применить вспомогательный разрез по Шухардту (см. стр. 65).

Для операции нужно иметь короткие влагалищные зеркала Фрича или короткие зеркала Дуайена и подъемники. Кроме того, нужны в достаточном количестве тонкие и маленькие, но крутые иглы. Полезно заготовить в достаточном количестве мелкие, но плотные марлевые тупферы, которыми удобно отодвигать ткани и вытирать кровь. В остальном инструменты для операции зашивания свищей ничем не отличаются от обычно применяемых инструментов. Очень удобны для захватывания отсепаровываемых краев влагалища зажимы Треля, которые могут быть, впрочем, заменены кохерами или пеанами.

В основе методики зашивания пузырно-влагалищных свищей лежит принцип расщепления краев свища (стенки мочевого пузыря и стенки влагалища) и хорошая мобилизация (придание подвижности) стенки мочевого пузыря и, следовательно, краев свища. При сильном натяжении краев швы прорезываются и операция сводится к нулю.

Для того, чтобы получить хороший доступ к свищевому отверстию и выделить стенку мочевого пузыря и влагалища из рубцов, весьма удобен оказался так называемый якореобразный разрез, применяемый Атабековым. Этот разрез состоит в следующем (рис. 252). Вдоль нижнего края свища проводится полулунный разрез, который продолжают в обе стороны за свищевое отверстие. От нижнего полулунного разреза делают полуциркулярный разрез вокруг остальной периферии свищевого отверстия, причем разрез проводят не на границе со слизистой оболочкой мочевого пузыря, которая еще не видна, а по рубцово измененной слизистой оболочке влагалища. Таким образом, свищевое отверстие временно остается окаймленным полоской стенки влагалища. От середины верхнего полуциркулярного

разреза проводят разрез по средней линии кпереди. Иногда полезно провести разрез по средней линии книзу (кзади) от нижнего полулунного разреза (рис. 253). Исходя из этих разрезов, удается отсепаровать в стороны от свищевого отверстия лоскуты влагалища, причем отсепаровка должна производиться в основном при помощи ножа и куперовских ножниц. Марлевыми тупферами осторожно отодвигают уже разделенные острым путем ткани. Таким образом удается рассечь рубцы и сделать подвижной стенку мочевого пузыря со свищевым отверстием. Если нужно, можно таким же путем отсе-

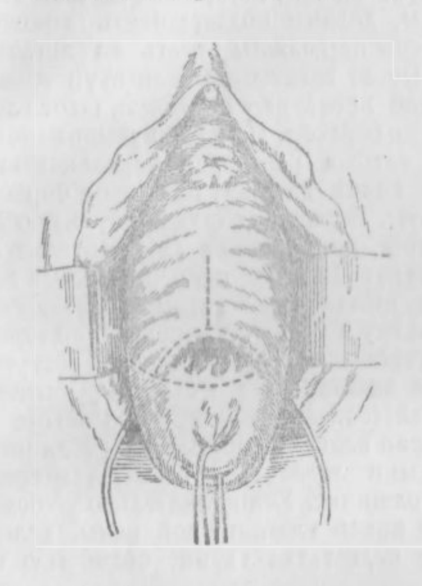


Рис. 252. Зашивание пузырно-влагалищного свища. Намечен якореобразный разрез. Вокруг свищевого хода оставлен участок рубцово-измененной слизистой оболочки влагалища. Пунктиром внизу намечена линия дополнительного разреза.

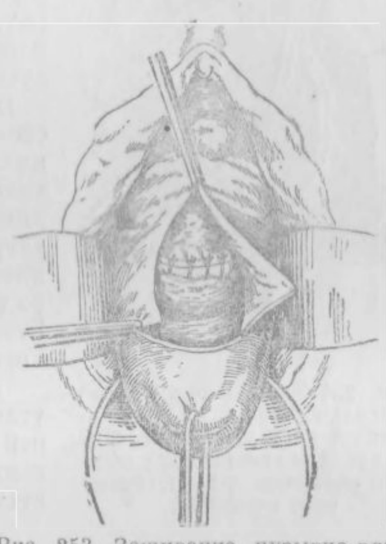


Рис. 253. Зашивание пузырно-влагалищного свища. Края влагалища отсепаровываются в стороны, рассекаются рубцы, и края свища становятся подвижными.

паровать стенку мочевого пузыря от шейки матки. При отсепаровке влагалища и мочевого пузыря и разделении рубцов нужно быть осторожным, чтобы не поранить мочевой пузырь.

После того как края свища и стенка мочевого пузыря стали подвижными, можно (если в этом есть необходимость) несколько отсепаровать кнутри кайму рубцово измененной оболочки влагалища, окружающую свищевое отверстие (рис. 254). Отсепарованную каемку циркулярно срезают, после чего можно приступить к заключительной фазе операции — к зашиванию свищевого отверстия. Обычно после отсепаровки лоскутов и освобождения краев свища из рубцов свищевое отверстие оказывается большим, чем оно определялось до операции.

Мы шьем самым тонким шелком в поперечном направлении (рис. 255, 256, 257, 258), причем ни в коем случае не следует прокалы-

вать слизистую оболочку мочевого пузыря, так как на лигатурах могут образоваться мочевые камни. Кроме того, по лигатуре, как по фитилю, может просачиваться и подтекать моча. Наложенные лигатуры сразу не завязывают, а забирают концы каждой лигатуры в отдельный пеан до тех пор, пока не наложены все лигатуры, после чего можно приступить к завязыванию лигатур. Пеаны, которыми отмечены лигатуры, должен поддерживать помощник; они не должны висеть на лигатурах. После завязывания лигатур обыкновенно проверяют прочность швов следующим образом. Мочевой пузырь наполняют слабым раствором марганцовокислого калия или 2% раствором борной кислоты. Если раствор где-нибудь просачивается, накладывают дополнительную лигатуру. Поверх ряда шелковых лигатур, по возможности, накладывают на клетчатку в том же направлении второй ряд узловых швов из тонкого кетгута. Этими лигатурами как бы подкрепляется первый (более глубокий) ряд швов.

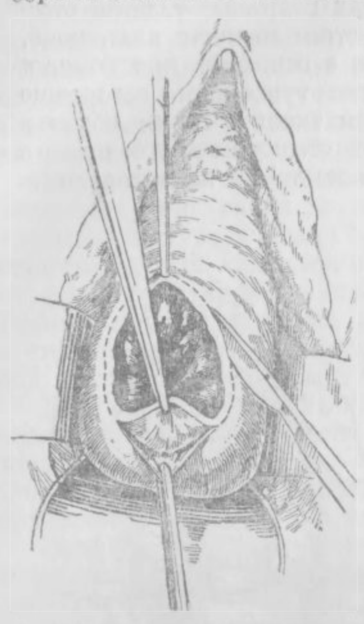
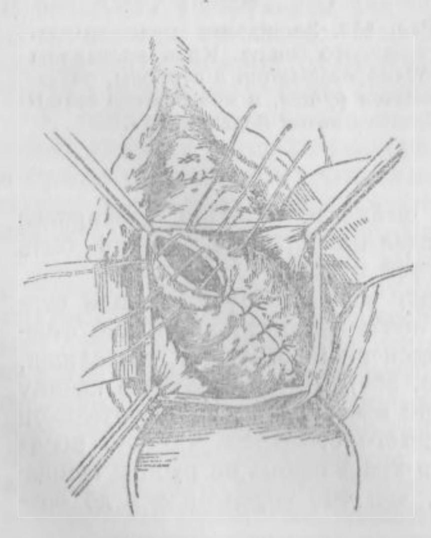


Рис. 254. Зашивание пузырно-влагалищного свища. Отсепаровывается и удаляется кайма рубцово измененной слизистой оболочки вокруг свищевого отверстия.

Края влагалищной раны соединяют узловыми лигатурами из кетгута средней толщины. Если тщательное соединение краев влагалищной раны, вследствие недостатка ткани, полностью не



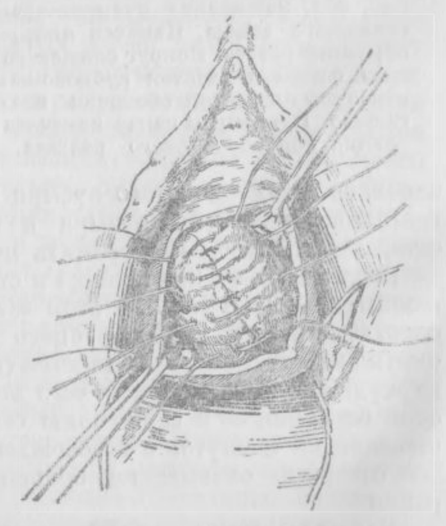


Рис. 255 и 256. Зашивание пузырно-влагалищного свища. Наложен ряд узловых лигатур, закрывших свищевой ход в поперечном направлении. Второй ряд швов (незавязанных) наложен на клетчатку.

удается, то настаивать на этом не следует. Достаточно затампонировать влагалище на 48 часов.

Операцию зашивания пузырно-влагалищных свищей удобно проводить под спинномозговой анестезией или под общим наркозом. Местная анестезия для зашивания свищей не годится.

П о с л е о п е р а ц и о н н ы й уход после зашивания пузырно-влагалищных свищей имеет огромное значение. Можно прямо сказать, что неправильный уход может свести к нулю результат са-

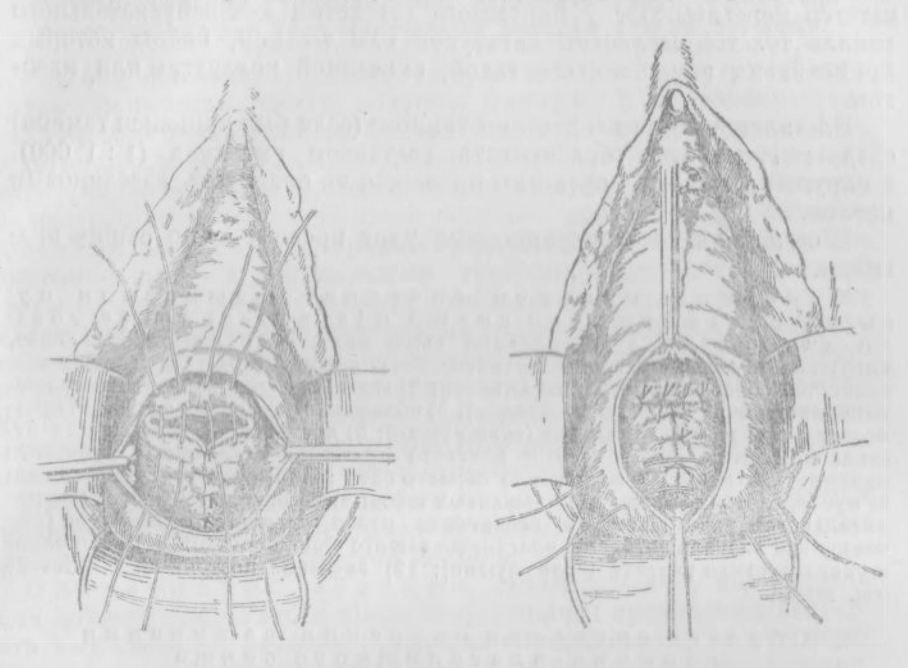


Рис. 257 и 258. Зашивание пузырно-влагалищного свища. Первый ряд швов и швы на влагалище в различных направлениях в зависимости от конфигурации свищевого отверстия.

мой блестящей в техническом отношении операции. Идеальным следует считать ведение больных после операции без применения постоянного катетера (катетера à demeure), который может быть источником инфекции и раздражения слизистой оболочки мочевого пузыря. Однако нельзя допускать переполнения мочевого пузыря: если больная сама не мочится, то нужно не реже четырех раз в сутки спускать мочу катетером. Эту, казалось бы, простейшую манипуляцию можно в этих случаях доверить только специально обученному и надежному персоналу; лучше всего, если катетеризацию выполняет хирург, делавший операцию, или его помощники, принимавшие участие в операции. К сожалению, не всегда можно осуществить такой уход. Поэтому следует применять постоянный (резиновый) катетер, который сменяется ежедневно в течение 5—6 дней. Каждый раз после извлечения катетера пузырь промывают небольшими порциями 2%

раствора борной кислоты до получения совершенно чистой порции промывной жидкости. Со второго дня после операции назначается внутрь по 0,5 уротропина 3 раза в день. Ухаживающий персонал должен следить, чтобы катетер не закупорился, для чего нужно каждые 2—3 часа выливать мочу из мочеприемника. Если моча в мочеприемнике не накапливается, то это свидетельствует о закупорке. Закупорившийся катетер следует сменить. Равным образом нужно следить, чтобы катетер не выскользнул из мочевого пузыря; обыкновенно катетер перевязывают у наружного отверстия мочеиспускательного канала толстой шелковой лигатурой или тесьмой, концы которых приклеивают внизу живота ватой, смоченной коллодием или клеолом.

Влагалище после извлечения тампона (если был применен тампон) следует ежедневно обрабатывать раствором риванола (1 : 1 000), а наружные половые органы и промежность смазывать вазелиновым маслом.

В остальном послеоперационный уход проводится по общим правилам.

Основные моменты операции зашивания пузырно-влагалищного свища (fistulorrhaphia vesico-vaginalis): 1) дезинфекция кожи внутренней поверхности бедер, наружных половых органов и промежности спиртом и иодом и дезинфекция слизистой оболочки влагалища спиртом; 2) «одевание» больной (защита операционного поля стерильным бельем); 3) обнажение зеркалами свища; 4) вспомогательный разрез Шухардта (если нужно); 5) проведение разрезов для отсепаровки влагалища и стенки мочевого пузыря; 6) иссечение рубцевого окаймления свища; 7) наложение первого слоя (ряда) швов на края свища; 8) проверка герметичности наложенных швов; 9) наложение второго (дополнительного) ряда швов; 10) соединение краев влагалищных лоскутов (или тампонада влагалища, если влагалище зашито неполностью); 11) зашивание шухардтовского разреза (если нужно); 12) введение постоянного катетера (см. выше).

Образец описания операции зашивания пузырно-влагалищного свища

1. Показания. Наличие пузырно-влагалищного свища.

2. Наркоз. Общий эфирный (100 м³ эфира). За 45 минут до начала наркоза введен под кожу 1 см² Sol. Morphini hydrochlorici 1%. Наркоз протекал без осложнений. Время от времени давался углекислый газ.

3. Операция. После дезинфекции кожи внутренней поверхности бедер, наружных половых органов и промежности спиртом и иодом и обработки влагалища иодом операционное поле ограждено стерильным бельем.

После введения зеркал обнаружено в переднем своде свищевое отверстие, проникающее в полость мочевого пузыря. Свищевое отверстие пропускает металлический катетер. Передняя губа наружного маточного зева разорвана и припаяна к свищевому ходу.

Шейка захвачена пулевыми щипцами за переднюю губу, по сторонам от свищевого отверстия. Матка низводится удовлетворительно. Сделан якорный разрез. Ввиду наличия сплошных рубцов встречены значительные трудности при отсепаровке дна мочевого пузыря. В процессе операции вскрыта нечаянно plica vesico-uterina. Брюшина зашита двумя узловыми кетгутовыми лигатурами. После отсепаровки влагалищных лоскутов и мобилизации мочевого пузыря оказалось, что свищевое отверстие пропускает палец. Узенькая кайма слизистой оболочки влагалища вокруг свищевого отверстия оставлена и при наложении швов ввернута внутрь. Края свища соединены в поперечном направлении рядом тонких шелковых лигатур, причем слизистая мочевого пузыря не проколота. Наполнение мочевого пузыря 2% раствором

борной кислоты обнаружило точечное подтекание мочи в левом углу свища. Наложена дополнительная лигатура. Над рядом шелковых лигатур в том же направлении наложен на клетчатку ряд отдельных кетгутовых лигатур. Края влагалищных лоскутов удалось легко соединить отдельными кетгутовыми швами. Введен постоянный резиновый катетер.

Продолжительность операции 1 час. 5 минут. Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии) наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия). Номер операционного журнала.

в) Операции при относительной недостаточности сфинктера мочевого пузыря (без нарушения целости стенок пузыря)

Родовой травматизм может выражаться не только в глубоком нарушении питания тканей, ведущем к некрозу и образованию свищей. Нередко приходится наблюдать больных, у которых свища нет, но которые жалуются на недержание мочи при резких движениях (кашле, поднятии тяжести, смехе, чихании и т. п.). Такое относительное недержание мочи очень часто впервые проявляется в климактерическом возрасте и во время менопаузы и стоит в связи с физиологической потерей нормального тургора (эластичности) тканей в этом возрасте. Первопричиной относительного недержания мочи является растяжение или даже разрыв волокон мочеполовой диафрагмы и сфинктера мочевого пузыря вследствие слишком долгого стояния головки в полости таза или при наложении щипцов. Немаловажную роль может при этом играть и нарушение целости тазового дна и особенно расхождение леваторов. Недержание мочи нередко впервые возникает в связи с значительным общим похуданием.

Профилактика относительного недержания мочи заключается в правильной организации родовспоможения и своевременного и надлежащего оказания акушерской помощи.

Оперативное лечение относительного недержания мочи должно применяться после безуспешного применения консервативных методов лечения (вяжущие спринцевания, электротерапия, массаж, специальная физкультура, общеукрепляющее лечение, пессарии и т. п.).

При наличии cystocele у пожилых женщин мы охотно применяем операцию интерпозиции матки (interpositio uteri vesico-vaginalis) (см. главу 7).

У более молодых женщин или у пожилых женщин при отсутствии cystocele можно нередко получить вполне удовлетворительный результат от обыкновенной передней кольпоррафии с ушиванием septi vesico-vaginalis (см. стр. 125) одновременно с пластикой леватора и промежности (см. стр. 138).

Если опущения передней стенки влагалища нет или оно выражено слабо, а относительное недержание мочи зависит, несомненно, от расслабления сфинктера пузыря и мочеполовой диафрагмы (diaphragma uro-genitale), то можно вместо обычной передней кольпоррафии выполнить операцию, сводящуюся к ушиванию (сужению) сфинктера и соединению остатков разорванных волокон мочеполовой диафрагмы. В техническом отношении операция заключается в следующем. На передней стенке влагалища, по средней линии, делают разрез, который начинается под наружным отверстием мочеиспускательного ка-

лала и доходит до переднего свода. Влагалище отсепаровывают в обе стороны отчасти острым и отчасти тупым путем (рис. 259). Таким образом выделяется мочеиспускательный канал и шейка мочевого пузыря. Отсепаровка влагалища в обе стороны должна доходить почти до нисходящих ветвей лонных костей (ramus descendens ossis pubis). При помощи крутой иглы захватывают тремя кетгутовыми лигатурами остатки мочеполовой диафрагмы под уретрой, в области сфинктера мочевого пузыря.

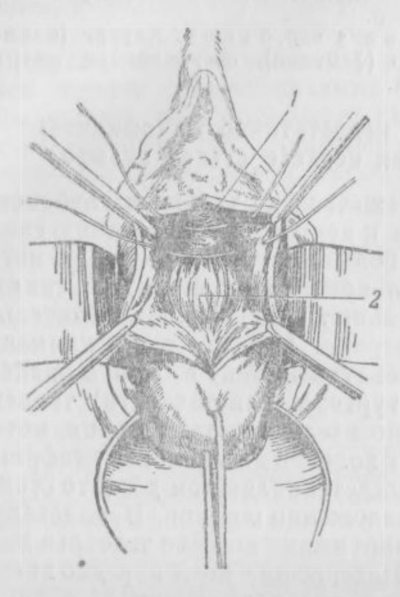


Рис. 259. Укрепление сфинктера мочевого пузыря при относительном недержании мочи. Сделан разрез по средней линии передней стенки влагалища. Края влагалища отсепарованы в стороны. Обнажена уретра и задняя стенка мочевого пузыря. Наложены лигатуры на septum vesico-vaginale в непосредственной близости с областью внутреннего сфинктера мочевого пузыря.

Лигатуры завязывают над катетером, введенным в мочеиспускательный канал. Далее куперовскими ножницами удаляют с обеих сторон избыток отсепарованной слизистой оболочки передней стенки влагалища, после чего влагалище зашивают непрерывным кетгутовым швом. В заключение нужно восстановить или укрепить промежность и тазовое дно, которые обычно в этих случаях бывают расслаблены.

15. ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАЗРЫВАХ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ И МАТКИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

а) Операция при разрывах промежности и влагалища

Выше, в главе 14 (стр. 238) была изложена методика зашивания старых разрывов промежности, возникших во время родов. По существу зашивание свежих разрывов промежности ничем не отличается от зашивания старых разрывов. Однако имеется ряд обстоятельств, придающих операции при свежих разрывах своеобразные особенности, которые заключаются в следующем.

1. Разрывы промежности возникают в периоде изгнания при прорезывании головки, т. е. в то время, когда роды еще не закончены и предстоит послеродовой период.

2. Ткани полнокровны, отечны и хрупки (в связи с беременностью).

3. Края раны нередко имеют самые причудливые очертания в зависимости от направления разрывов.

4. Края раны нередко бывают размозжены.

5. Операционное поле (разрыв) кровоточит или заливается кровью из верхних отделов родовых путей (матки).

6. Операция нередко производится ночью, во время дежурства,

при недостаточном количестве помощников или вовсе без помощников.

7. Послеоперационный период протекает в условиях послеродового периода (лохии, кормление).

Разрывы промежности делятся следующим образом.

Разрывы I степени — когда разрывается задняя спайка, задняя стенка влагалища в пределах ладьевидной ямки и кожа промежности на протяжении до 2 см.

При разрыве II степени разрываются и мышцы промежности (m. constrictor cunni s. bulbocavernosus, mm. transversus perinei superficialis et profundus и centrum tendineum perinei). Кверху разрыв распространяется в влагалище, причем последнее разрывается обычно не по средней линии, а по одной или обеим сторонам от columna rugarum posterior (заднего столба влагалищных складок) (рис. 260). Разрыв стенки влагалища может доходить до средней трети последнего. Промежность также рвется на значительном протяжении, причем в некоторых случаях разрыв доходит до заднего прохода (anus), однако не распространяется на наружный сфинктер (m. sphincter ani externus).

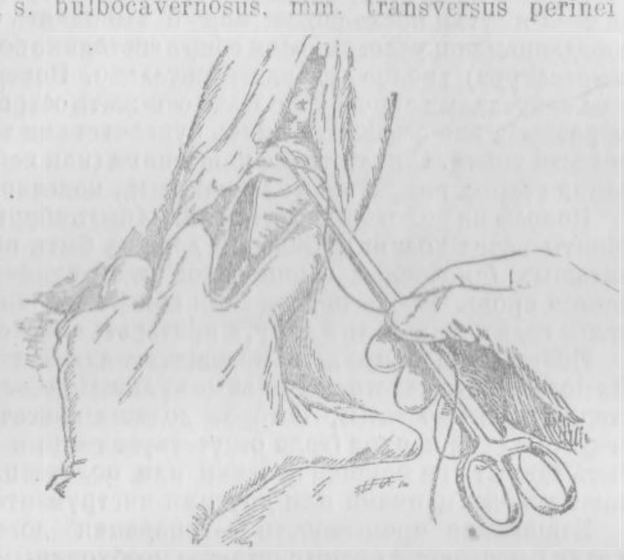


Рис. 260. Зашивание (без помощников) свежего разрыва влагалища и промежности. Пальцами левой руки раздвигается половая щель и обнажается разрыв.

При разрыве III степени различают: полные разрывы, когда разрываются как волокна наружного сфинктера, так и слизистая передней стенки прямой кишки, и неполные разрывы, когда разрываются только волокна наружного сфинктера, а слизистая кишки остается неповрежденной.

Особой разновидностью разрывов промежности является центральный разрыв, при котором может сохраниться впереди мостик неповрежденной ткани (спайка) промежности.

Каждый разрыв промежности, как бы он ни был мал, должен быть зашит. Незашитый разрыв не только нарушает в дальнейшем статику половых органов, но является прежде всего воротами для инфекции.

Операция должна быть произведена тотчас же после отхождения последа, если матка хорошо сократилась и нет никаких показаний к ручному обследованию полости матки или зашиванию разрыва шейки матки. Если, кроме разрыва промежности, имеется разрыв

шейки матки (см. ниже), то разрыв промежности, само собой разумеется, зашивают после зашивания разрыва шейки.

Чем раньше зашит разрыв промежности, тем меньше шансов на внедрение инфекции. При большом количестве родов во время дежурства иногда невольно приходится откладывать зашивание на несколько часов. Однако 2—3 часа ожидания большого значения не имеют, тем более, что за это время врач может окончательно убедиться в том, что матка хорошо сократилась.

В редких случаях, когда родильница поступает в родильный дом на 2—3-и сутки после родов, можно выполнить операцию и с таким опозданием при условии, если общее состояние больной (пульс, язык, температура) вполне удовлетворительно. Поверхность разрывов в этих запоздалых случаях полезно освежить острой кюреткой, а с краев разрыва для освежения снять куперовскими ножницами узенькие полости ткани. О подготовке кишечника (как перед операцией зашивания старых разрывов) не может быть, конечно, и речи.

Волосы на половых частях должны быть сбриты (если они не были сбриты перед родами). Больная должна быть подмыта при помощи влажных (смоченных в кипяченой воде) тупферов, которыми удаляется кровь. После подмывания кожу надо обязательно обсушить, чтобы вода не затекала в рану, и протереть спиртом и иодом.

Больной надо придать положение для вагинальной операции. На ноги нужно надеть стерильные чулки. Под больную подкладывают стерильную простыню, которая должна свисать с тазового конца стола. Задний проход (если отсутствует разрыв III степени) должен быть закрыт при помощи пеленки или полотенца, которые прикрепляют к коже цапками или другими инструментами.

Зашивание промежности — операция довольно болезненная, и если в настоящее время считается необходимым обезболивать роды, то тем более следует стремиться к обезболиванию этого оперативного вмешательства. Уставшие после родов женщины требуют для засыпания небольшого количества эфира, поэтому мы охотно пользуемся этим видом наркоза.

Можно с успехом применить и местную (инфильтрационно-проводниковую) анестезию, создавая инфильтраты 0,75% раствором новокаина с адреналином в cavum ischio-rectale (см. выше, стр. 34). Ввиду значительного развития расширенных венозных сосудов нужно пользоваться тонкими иглами и вводить раствор по принципу «ползучей» инфильтрации, т. е. продвигаться иглой по предварительно инфильтрированному участку. Время от времени нужно потягиванием поршня шприца контролировать положение иглы (если игла находится в сосуде, то при потягивании поршня в шприц набирается кровь).

Было бы идеально, если бы можно было всегда зашивать свежие разрывы промежности, имея двух помощников. Условия работы, особенно ночью, к сожалению, вынуждают нередко зашивать разрыв вовсе без помощника. При разрывах III степени (полных) мы советуем всегда оставлять зашивание разрыва до утра (если разрыв произошел ночью), чтобы использовать естественное освещение и иметь для операции ассистентов.

Для того, чтобы кровь, вытекающая из матки, не заливала операционное поле, можно ввести во влагалище марлевый тампон тотчас выше места разрыва. Мы предостерегаем от использования для этой цели мелких кусков ваты или мелких марлевых салфеток. Такие мелкие салфетки или комки ваты легко могут быть оставлены во влагалище. Для этой цели обычно применяется марлевая салфетка, конец которой отмечается инструментом (пеаном или кохером). При отсутствии ассистента акушер лично левой рукой раздвигает половую щель и рану, (как показано на рис. 261) и ориентируется в конфигурации (форме и очертании) разрыва, прежде чем приступить к зашиванию свища (как это нередко делают начинающие операторы. Шьют обычно (кроме кожи) узловыми кетгутовыми лигатурами. Нужно начинать зашивание с верхнего угла (или верхних углов) разрыва, причем нужно, кроме краев, захватывать и дно раны для того, чтобы не оставлять мертвых (пустых) пространств. По мере завязывания швов концы лигатур срезают, кроме последней. Постепенно продвигаясь книзу к коже промежности — зашивают разрыв влагалища до задней спайки.



Рис. 261. Зашивание (без помощников) свежего разрыва влагалища и промежности. Боковые разрывы влагалища уже зашиты.

Если края разрыва размозжены, то можно осторожно срезать (при помощи куперовских ножниц и пинцета) почерневшие размозженные края. Впрочем нужно помнить, что слизистая влагалища обычно после родов бывает интенсивно цианотична и хрупка, что может ввести неопытного акушера в заблуждение и побудить его принять нормальную ткань за размозженную. Вкалывать и выкалывать иглу нужно не ближе, чем на расстоянии 1 см от края, а лигатуру не следует чрезмерно затягивать. По мере соединения краев влагалища следует накладывать и погружные кетгутовые швы, соединяющие клетчатку и мышцы. Кровоточащие сосуды должны быть перевязаны отдельно или обколоты. Когда влагалище зашито и швами соединены мышцы, приступают к зашиванию разрыва промежности, т. е. кожи. Разрывы могут иметь причудливую форму. В частности, разрыв может итти не только в глубину влагалища, но итти поперек (в виде полуокружности) между слизистой оболочкой влагалища и кожей промежности, распространяясь на большие губы. Эти боковые разрывы должны быть зашиты отдельно. Прежде чем зашивать кожу промежности, следует несколькими погружными кетгутовыми швами соединить клетчатку и мышцы.

Мы придаем погружным швам большое значение, так как они хорошо держат даже в том случае, когда кожные швы, вследствие нагноения, расходятся. Таким образом, операция в функциональном отношении может быть вполне удовлетворительной, несмотря на кажущийся внешний неуспех. Края кожи можно соединить скобками или узловыми шелковыми швами, причем швы никогда не следует чрезмерно затягивать.

По окончании операции следует извлечь из влагалища марлевый тампон, если он был туда введен, и густо смазать кожу промежности стерильным вазелиновым маслом. Мы принципиально зашиваем тонкими кетгутовыми швами даже самые небольшие трещины в области наружных половых частей. Разрывы в области клитора и наружного отверстия мочеиспускательного канала могут значительно кровоточить. Кровоточащие места должны быть осторожно обколоты при помощи тонкой иглы. Зашивание даже небольших трещин закрывает входные ворота для инфекции.

Техника зашивания свежих разрывов промежности III степени (полных разрывов) несколько сложнее вследствие большей величины самого разрыва и вовлечения прямой кишки и сфинктера заднего прохода. Для того, чтобы хорошо зашить полный разрыв промежности, необходима педантичность в технике и тщательное соблюдение правил асептики. При обработке кожи следует по возможности дезинфицировать и обнаженный участок слизистой оболочки кишки. Для этого нужно мелкими марлевыми тупферами очистить слизистую оболочку кишки от остатков кала, после чего она может быть протерта спиртом (иодом кишку не следует смазывать). При помощи кохера или лигатуры нужно сначала отметить и натянуть верхний угол разрыва кишки, а затем отдельными лигатурами соединить края кишки. Для того, чтобы не повторяться, отсылаем читателя к главе 5 стр. 110), в которой описана методика зашивания прямой кишки. Мы предпочитаем способ зашивания с прокалыванием всей стенки кишки и выведением шелковых лигатур в anus.

После того как кишка зашита, нужно сменить перчатки или помыть руки, а также сменить инструменты.

Особенное внимание должно быть уделено правильному и надежному соединению концов разорвавшегося сфинктера заднего прохода (sphincter ani externus) (рис. 136). После зашивания сфинктера операция продолжается, как при разрыве промежности II степени.

При центральных разрывах следует прежде всего рассечь оставшийся неразорванным мостик ткани в переднем отделе промежности и затем приступить к зашиванию, как описано выше.

Послеоперационное течение несколько осложняется вследствие смачивания раны послеродовыми выделениями (лохиями). Однако при нормальной послеродовой инволюции половых органов слипание сшитых краев влагалища и кожи промежности наступает быстро, и дальнейшее заживление проходит без осложнений. Больную следует почаще подмывать раствором марганцовокислого калия, а после каждого подмывания тщательно обсушивать кожу

промежности (не касаясь швов) и густо смазывать ее стерильным вазелиновым маслом.

Стерильных закладок мы не применяем вообще, считая их излишними и вредными для заживления послеоперационной раны (коллекторы микробов).

Если после зашивания старых разрывов промежности (пластики промежности) мы сознательно задерживаем стул у больных до 5-го дня, то в послеродовом периоде мы придерживаемся иной линии, а потому уже на 3-й день после операции даем легкое слабительное, если не было отправления кишечника. После зашивания свежих разрывов промежности клизм следует избегать. Диэта после операции зашивания свежих разрывов *I* и *II* степени особого значения не имеет, тем более, что лактация и кормление вызывают потребность в достаточном питании.

Режим после операции зашивания разрывов III степени должен быть более строг. Мы настаиваем на том, чтобы вводилась только жидкая пища, не дающая значительных каловых масс, и чтобы до 5—6-го дня после операции не было самостоятельного стула. На 5-й или, лучше, на 6-й день можно усилить питание и дать больной слабительное. До 10—12-го дня нужно при помощи легких слабительных (и соответствующей диэты) поддерживать регулярное послабление жидким или кашицеобразным калом.

Операции при больших разрывах влагалища требуют хорошего обнажения разрыва при помощи широких и длинных зеркал. Для этого обязательно нужно иметь при операции помощников. Начинать зашивание разрывов нужно с наиболее доступного участка. После наложения первой лигатуры (кетгутовой) можно, пользуясь ею, подтянуть менее доступные (более отдаленные) участки разрыва и наложить постепенно потребное количество швов.

При отрыве сводов (Colpoporrhexis) большей частью имеется и разрыв матки, требующий специального оперативного вмешательства (см. ниже). Если имеется один только отрыв свода (или сводов) без повреждения матки, можно ограничиться зашиванием разрыва. Для этого следует прежде всего создать при помощи широких зеркал Дуайена хороший доступ к ране. Шейка должна быть при помощи пулевых щипцов или щипцов Мюзо подтянута ко входу во влагалище. Край оторвавшегося свода должен быть захвачен длинным кохером. Как и при продольных разрывах влагалища, нужно при циркулярных отрывах сводов шить узловыми лигатурами, пользуясь каждой лигатурой для сближения краев раны и наложения следующего шва. При зашивании разрыва в переднем своде нужно остерегаться прошивания лигатурой стенки мочевого пузыря.

При обширных разрывах сводов с обнажением больших клетчаточных пространств, а тем более в случаях, подозрительных в отношении инфекции, можно дренировать клетчатку марлевым бинтом. Развитие местного нагноения, которое нередко наблюдается в этих случаях, безопаснее, чем возможное распространение инфекции за пределы разрыва. В одном случае почти циркулярного отрыва сводов и одновременного бокового разрыва шейки, в результате грубого

поворота по Бракстон-Хиксу, мы при наличии повышенной температуры у больной зашили шейку и своды с дренированием клетчатки.

Марлевый тампон извлекают на 4—5-й день. В дальнейшем в случае нагноения можно при помощи корнцанга расширить дренажное отверстие.

б) Операция при разрыве шейки матки

В огромном большинстве случаев наблюдаются боковые разрывы шейки и, в частности, левосторонние.

При боковых разрывах шейки, простирающихся выше влагалищной части (выше сводов) может наблюдаться сильнейшее кровотечение из разорвавшейся ветви a. uterinae. Кровотечение может быть настолько интенсивным, что для временной остановки его приходится прибегнуть к прижатию аорты при помощи кулака или жгута Момбурга.

Для зашивания разрыва шейки женщина должна быть положена на операционный стол и ей следует придать положение, обычное для влагалищной операции.

Необходимыми условиями для правильного и быстрого зашивания разрыва шейки являются: 1) хорошее освещение, 2) не менее двух помощников, 3) длинные и широкие зеркала Дуайена и 4) спокойствие хирурга.

При наличии сильного кровотечения не всегда легко удается ориентироваться в растянутой влагалищной трубке. Прежде всего нужно захватить пулевыми щипцами или щипцами Мюзо край наружного зева, как только он попадет в поле зрения. Подтянув наложенные щипцы, захватывают другими щипцами следующие участки наружного зева. Таким образом удается дойти до краев разрыва (рис. 262, 263), которые захватывают пулевыми щипцами.

Шейка должна быть энергично (но с большой осторожностью) подтянута ко входу во влагалище и даже за половую щель, что всегда удается. Ткань шейки тотчас после родов чрезвычайно сочна и хрупка, о чем нужно помнить при вытягивании шейки. Иногда одного натяжения краев достаточно, чтобы кровотечение, если не остановилось вовсе, то значительно уменьшилось. Для зашивания нужно брать большую и крутую иглу и прочный кетгут средней толщины. Шейка должна быть оттянута в сторону, противоположную стороне разрыва, т. е. при левостороннем, например, разрыве шейка должна быть оттянута вправо.

Для того чтобы наложить шов на верхний конец разрыва и сразу остановить кровотечение из разорвавшейся ветки a. uterinae, приходится сначала наложить лигатуру на более доступный участок разрыва (рис. 262, 263). За концы завязанной лигатуры подтягивают следующий участок разрыва, на который накладывают следующий шов и, таким образом, постепенно доходят до верхнего конца разрыва. Иглой нужно захватывать почти всю толщу стенки шейки матки. Слизистую оболочку шейки не следует прокалывать, но если она будет все же случайно проколота, то не следует извлекать иглу обратно — никакой беды от этого не будет. Решающее значение для остановки кровотечения имеет верхний шов — его нужно наложить несколько выше конца разрыва. Если хорошо вытянуть шейку, то нечего бояться

прошить мочеточник. Даже вне беременности мочеточник при энергичном низведении шейки значительно отстает, а a. uterina вместе с шейкой приближается ко входу во влагалище (рис. 53—55), тем более отстает мочеточник при низведении шейки тотчас после родов. После того как наложен верхний шов и кровотечение остановлено, нужно наложить швы на остальном протяжении разрыва — до наружного зева.

В подавляющем большинстве случаев удается, таким образом, остановить кровотечение. В исключительно редких случаях конец разорвавшегося сосуда уходит высоко в параметрий, и кровотечение продолжается. Не нужно в этих случаях терять время на бесполезное обкалывание ушедшего вверх сосуда. Немедленно следует перейти на чревосечение и, проникнув между листками широкой связки в параметрий, захватить кровоточащий сосуд.

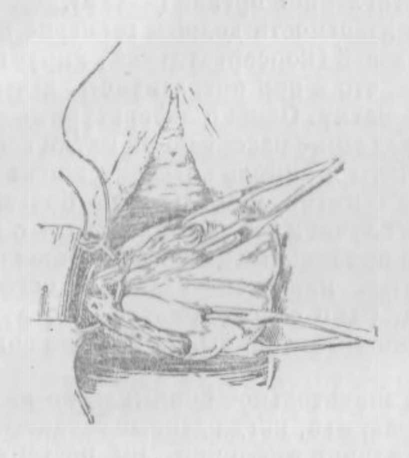


Рис. 262. Зашивание разрыва шейки после родов. Наложена первая лигатура на протяжении разрыва вблизи верхнего конца разрыва.

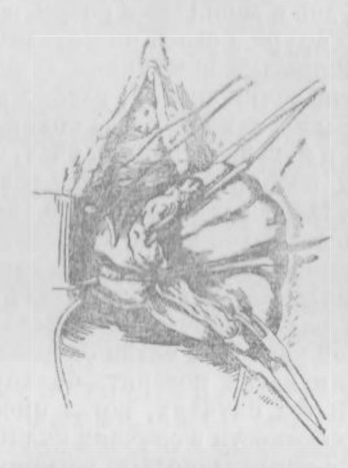


Рис. 263. Зашивание разрыва шейки матки после родов. Первая лигатура завязана. При помощи первой лигатуры шейка подтягивается и обнажается верхний угол (конец) разрыва.

Само собой понятно, что тотчас после перевязки сосуда необходимо приступить к борьбе с наступившим острым малокровием (сделать переливание крови, ввести раствор глюкозы, физиологический раствор поваренной соли и т. п.).

в) Операции при разрыве матки

Различают полные разрывы матки, когда разрываются все слои стенки матки вместе с брюшиной, и неполные, или не проникающие в брюшную полость, когда брюшина остается целой.

Единственно правильной терапией диагносцированного (распознанного) разрыва матки во время родов является оперативное вмешательство (если для последнего имеются соответствующие усло-

вия). Оперативное вмешательство показано как в случаях полного, так и неполного разрыва матки. Чем быстрее после разрыва сделана операция, тем больше шансов на выздоровление. Наилучшие результаты дают операции, произведенные не позднее 2—3 часов после разрыва.

Операции, предпринимаемые по поводу разрыва матки, делятся на радикальные и консервативные.

Радикальным вмешательством называется удаление (тотальное или суправагинальное) разорвавшейся матки (без придатков). Консервативная операция заключается в перевязке кровоточащих сосудов и зашивании разрыва с оставлением органа (матки).

Хирург в своей оперативной деятельности должен всемерно придерживаться принципов сохраняющей (консервативной) хирургии. С этой точки зрения, казалось, бы, что и при оперативном лечении разрывов нужно всегда сохранять матку. Однако литературные данные и наш личный опыт учат, что удаление разорванной матки всегда дает несомненно лучшие результаты в смысле спасения жизни пострадавшей женщины. Это вполне понятно, ибо огромное большинство разрывов матки происходит в случаях запущенных родов с давно отошедшими водами и с явными признаками инфекции. Опасность оставления инфицированной матки является главным поводом для радикального вмешательства. Само собой понятно, что лучше ценой удаления матки сохранить жизнь женщины, чем во имя сохранения матки потерять больную.

В тех случаях, когда имеется значительное повреждение матки, в особенности в случаях полного разрыва, когда данные истории родов с несомненностью говорят о наличии инфекции, мы настаиваем на удалении матки. В то же время мы полагаем, что в некоторых случаях, особенно у очень молодых женщин, следует, по мере возможности, стремиться сохранить матку. Матку можно сохранить, когда разрыв произошел в результате острой травмы (например, при грубом и неумелом повороте) или неправильного применения медикаментозных средств, когда нет видимых признаков инфекции, когда размер разрыва невелик, когда разрыв идет по ребру матки, когда при всем этом, разрыв непроникающий. У многорожавшей и пожилой женщины при прочих равных условиях легче решиться на удаление матки, чем у цветущей молодой женщины.

Оставляя женщине матку, не следует исходить только из соображений возможности деторождения в дальнейшем, ибо для молодой женщины имеет значение, кроме деторождения, наличие полноценной в отношении менструальной функции матки. Данные физиологии и патологии и особенно наблюдения из области житейской повседневной психологии женщины неоднократно убеждали нас в этом. Вопрос о радикальном или консервативном оперативном вмешательстве окончательно решается на операционном столе, когда вскрыта брюшная полость и детально обследован разрыв.

Удаление плода (если он еще не родился) и последа всегда удобнее и быстрее сделать per abdomen, т.е. брюшностеночным путем. Только в тех случаях, когда головка уже вколочена во вход в малый таз или находится уже в полости таза, следует извлечь плод per vias na-

turales (через естественные родовые пути), предварительно уменьшив размеры головки путем краниотомии. Равным образом следует извлечь плод per vias naturales, когда он при тазовом предлежании большей частью уже родился. В этом случае нужно перфорировать последующую головку.

Удаление плода через брюшную рану имеет еще то преимущество, что нередко предлежащая часть тампонирует разорвавшиеся сосуды. Удаляя плод per abdomen, мы имеем возможность быстрее приступить к остановке кровотечения. При разрывах матку обычно удаляют суправагинально (надвлагалищно), а не тотально. Это может быть выполнено легче и, следовательно, быстрее. Кроме того, при суправагинальной ампутации, по сравнению с тотальной экстирпацией, меньше возможностей для случайного ранения смежных органов (мочеточников, мочевого пузыря). Последнее соображение имеет, несомненно, большой смысл, ибо операция удаления матки по поводу разрыва делается сплошь и рядом в необычной обстановке, с помощью подчас случайных ассистентов, при тяжелом состоянии больной и при других неблагоприятных обстоятельствах. К этому нужно прибавить, что анатомические соотношения, вследствие беременности, родов и, особенно, разрыва могут быть необычными и во всяком случае непривычными для хирурга.

Мы прибегаем к тотальной экстирпации только в чрезвычайно редких случаях, когда, например, матка при colporrhexis сама уже почти оторвалась от сводов или когда, кроме разрыва матки, имеются и значительные разрывы сводов.

В техническом отношении операция суправагинальной ампутации матки по поводу разрыва практически ничем не отличается от обычной ампутации вне беременности (см. главу 12). Особенности операции обусловливаются родами (беременностью) и наличием разрыва.

Операцию производят обычно под общим эфирным наркозом.

Перед операцией обязательно нужно спустить мочу катетером, причем необходимо обратить внимание на цвет мочи: кровавая или кровянистая моча свидетельствует о большем или меньшем вовлечении мочевого пузыря в разрыв.

Кожу передней брюшной стенки обрабатывают, как обычно: сбривают волосы и кожу протирают бензином, спиртом и иодом. Далее следует обычная защита операционного поля стерильным бельем. По вскрытии брюшной полости (обычно по linea alba от симфиза до пупка) хирург прежде всего быстро ориентируется в особенностях случая. Если плод еще не извлечен, то его извлекают прямо из брюшной полости, где он может находиться, или через разрыв, если имеется полный разрыв. Если разрыв неполный, а предлежащая часть находится в подбрюшинном пространстве, нужно быстро разрезать матку по передней стенке и осторожно извлечь плод (чтобы при извлечении не увеличить разрыва).

Если плод извлечен per vias naturales или родился самостоятельно, то прямо приступают к изучению особенностей разрыва и к операции. Матку следует вывести из брюшной полости, основательно оградив последнюю марлевыми салфетками.

Ввиду дряблости брюшной стенки и доступности операционного поля мы применяем лишь незначительное наклонение операционного стола (тренделенбурговское положение).

Нужно иметь в виду, что в связи с беременностью сосуды бывают чрезвычайно расширены и их нужно тщательно перевязывать. Иногда при разрыве в нижнем сегменте, спереди, plica vesico-uterina также бывает уже разорвана, и мочевой пузырь при этом бывает уже отделен от шейки. Нужно при помощи щипцов Мюзо или Дуайена захватить край оторвавшейся шейки спереди, что легко сделать, пока матка еще не отсечена. Далее, после перевязки круглых связок и придатков рассекают plica vesico-uterina (складка пузырно-маточной брюшины) и несколько отсепаровывают мочевой пузырь, после чего нужно перейти к обнажению и перевязке маточных артерий (aa. uterinae). Это удается легко сделать на той стороне, где матка не разорвана, и далеко не всегда удается, если разрыв идет по ребру матки.

Во многих случаях a. uterina остается неповрежденной и ее легко найти и перевязать. Если маточная артерия разорвалась, то в параметральной клетчатке образуется гематома, которая иногда поднимается высоко в забрюшинное пространство. В этих случаях могут встретиться затруднения в отыскании кровоточащего сосуда. Нужно прежде всего удалить кровяные сгустки и, быстро выбирая кровь большими салфетками, «поймать» кровоточащий сосуд. При должном спокойствии и хорошей помощи со стороны ассистирующих это обычно удается. В редких случаях приходится для остановки кровотечения прибегнуть к перевязке соответствующей a. hypogastricae.

После перевязки сосудов матка может быть ампутирована на уровне внутреннего зева или, вернее, на уровне разрыва. Нужно помнить, что шейка матки в это время представляет собой дряблое тонкостенное образование, а цервикального канала как такового нет, так как он превращен в трубку, почти сливающуюся с влагалищной трубкой. Поэтому нужно во время ампутации (отсечения) тела матки постепенно захватывать длинными кохерами края шейки.

После удаления тела матки шейку зашивают рядом узловых кетгутовых лигатур.

Прежде чем произвести перитонизацию, нужно проверить состояние мочевого пузыря, если спущенная перед операцией моча была кровавой. Для этого нужно пеанами захватить край брюшины мочевого пузыря и приподнять его кпереди — к симфизу; за концы лигатур, которыми зашита шейка, нужно подтянуть последнюю кзади — к промонторию. Таким образом можно хорошо обнажить и осмотреть заднюю стенку мочевого пузыря. Если в ней имеется отверстие, то нужно захватить пеанами слизистую оболочку мочевого пузыря и зашить послойно отверстие тонкими кетгутовыми лигатурами.

Наличие крови в моче далеко не всегда говорит за сквозной разрыв стенки пузыря, и при тщательном осмотре нередко разрыв не обнаруживается. Мочевой пузырь может быть проконтролирован и следующим образом. Помощник вводит в мочевой пузырь металлический катетер и осторожно, под контролем хирурга со стороны брюшной полости, выпячивает стенку мочевого пузыря; при наличии сквоз-

кого ранения конец катетера может быть замечен со стороны брюшной полости.

Перитонизация производится, как всегда, тщательно, с погружением в брюшинные складки культей придатков и круглых связок. После перитонизации нужно тщательно удалить тупферами излившуюся кровь и кровяные сгустки и протереть брюшину эфиром, после чего извлекают салфетки и зашивается послойно и наглухо брюшная рана.

Во время операции по поводу разрыва матки нужно быть исключительно внимательным, чтобы не оставить в брюшной полости инструмент или салфетку (см. главу 18).

В случаях несомненно инфицированных, мы предпочитаем дренировать брюшную полость и всегда делаем это при помощи тампона Микулича. Тампон вводится (см. главу 10), в малый таз и выводится через брюшную рану. Некоторые неудобства, связанные с тампонадой по Микуличу, ничтожны по сравнению с опасностью смертельного перитонита. Мы полагаем, что лучше лишний раз применить тампонаду по Микуличу, чем не применять ее там, где она может спасти больную.

При наличии большой гематомы, которую в случаях разрыва матки всегда можно считать инфицированной, надо дренировать параметрий, выведя марлевый тампон из параметрия во влагалище через незашитую на некотором протяжении культю шейки. Над марлевым тампоном, введенным в параметрий, листки брюшины тщательно зашивают и, таким образом, тампон остается экстраперитонеально (внебрюшинно). На 4—5-й день после операции тампон извлекают.

Техника консервативной операции при разрыве матки сводится к зашиванию разрыва узловыми кетгутовыми лигатурами и к перитонизации шва.

Прежде чем приступить к зашиванию разрыва, нужно убедиться в том, что в матке не осталось частей последа. Далее, нужно остановить кровотечение, захватив и перевязав кровоточащие сосуды.

Для того, чтобы подойти к разрыву (при неполном разрыве), нужно разрезать брюшину широкой связки. Место вскрытия брюшины зависит от локализации разрыва. Если разрыв находится на передней стенке матки (в нижнем сегменте), то рассекают plica vesico-uterina. При локализации разрыва по ребру матки разрезают брюшину между круглой связкой и трубой. Мы избегаем рассечения круглой связки для того, чтобы проникнуть в параметральное пространство. Однако, если по условиям случая это кажется более удобным, то это можно сделать. Концы перерезанной связки следует сшить при перитонизации.

Края разрыва соединяют отдельными узловыми лигатурами. Если боковой разрыв идет глубоко вниз — к своду, то нужно поступить аналогично тому, как поступают при зашивании через влагалище бокового разрыва шейки. Наложение швов начинается сверху и, далее, подтягивая наложенную и завязанную лигатуру, накладывают каждый следующий шов — до нижнего конца разрыва. Если в разрыв вовлечен и свод, то швы накладываются и на него.

Если спущенная перед операцией моча была окрашена кровью, нужно проверить состояние мочевого пузыря, как указано выше.

В заключение операции производится тщательная перитонизация, и брюшную полость (полость малого таза) очищают от остатков крови и кровяных сгустков.

Брюшную рану зашивают послойно и наглухо.

В послеоперационном периоде необходимо принять меры для достаточного сокращения матки (холод, питуикрин и т. п.).

Образец описания операции суправагинальной ампутации матки по поводу разрыва

1. Показания. Самопроизвольный разрыв матки после перенесенного ранее кесарского сечения. Выхождение туловища плода в брюшную полость.

2. Наркоз. Общий эфирный наркоз (90 см³). Ввиду того, что к концу операции замечено падение сердечной деятельности (пульс — 100 в 1 минуту, слабого наполнения), введено под кожу 700 см³ физиологического раствора и впрыснуто 6 см³ О. Camphorae.

3. Операция. Продольным разрезом вдоль старого рубца от кесарского сечения вскрыта брюшная полость. К пристеночной брюшине в верхней трети разреза был припаян сальник, конец которого резецирован. В брюшной полости оказалось значительное количество жидкой крови. Часть крови удалена, после чего было обнаружено, что слева лежит хорошо сократившаяся матка, а правую половину брюшной полости занимает свободно лежащее туловище плода, причем головка лежит позади матки. По выведении матки оказалось, что на задней поверхности ее имеется разрыв, края которого плотно обхватывают шею плода; головка находится в матке. Попытка извлечь головку путем влечения за туловище не удалась. Пришлось увеличивать отверстие разрыва рассечением стенки матки на несколько сантиметров книзу, после чего введен палец в рот плода и головка извлечена из матки так, как извлекают последующую головку по Veit-Smellie. Послед оказался лежащим в свободной брюшной полости среди кишок. Ввиду значительности полного разрыва и опасности инфекции решено матку ампутировать.

Круглые связки, маточные концы труб и собственно яичниковые связки с обеих сторон перерезаны между клеммами и перевязаны. Широко вскрыт параметрий и изолированно перевязаны маточные артерии. Перерезана plica vesico-uterina и мочевой пузырь несколько отсепарован книзу марлевым тупфером. Матка ампутирована надвлагалищно (на уровне внутреннего зева). Культя шейки зашита кетгутовыми швами. Произведена тщательная перитонизация. Из брюшной полости удалены остатки крови и кровяные сгустки. В брюшную полость введено 40 см³ эфира. Брюшная рана зашита послойно, причем апоневроз зашит узловыми кетгутовыми лигатурами. На кожу наложены три шелковых лигатуры и скобки Мишеля. Наложена коллоидная повязка. Перед наложением кожных швов иссечен старый рубец после кесарского сечения.

Продолжительность операции — 55 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия) операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

Описание удаленного препарата. Препарат представляет собой ампутированную матку, длиной 13 см, шириной — 11 см. На задней стенке матки по средней линии имеется продольный разрыв по рубцу после кесарского сечения длиной в 8,5 см (вместе с дополнительным разрезом). В верхнем отделе рубец не разорвался; в этом неразорвавшемся отделе толщина рубца достигает 2 см. Толщина стенки матки в области дополнительного разреза равна 4,5 см. Плацентарная площадка расположена в дне матки и отчасти в области рубца.

Плод — мертвая девочка, весом 3 600 г, длиной 51 см[1].

---

[1] Случай заимствован мной из «Акушерского семинария» проф. Г. Г. Гентера.

Образец описания консервативной операции по поводу разрыва матки

1. Показания. Разрыв матки у молодой первородящей женщины, обнаруженный после того, как плод родился до лопаток (при тазовом предлежании).

2. Status перед операцией. Из половой щели свисает туловище мертвого плода, родившегося (или извлеченного?) до нижнего угла лопаток. Тотчас над лоном прощупывается непосредственно под брюшной стенкой головка плода и, повидимому, запрокинувшаяся ручка. Выше головки и кзади от нее прощупывается хорошо сократившееся тело матки.

3. Наркоз. Общий эфирный (100 см^3). В течение операции введено под кожу 3 раза по 2 см^3 Ol. Camphorae.

Операция. Плод извлечен per vias naturales. Запрокинувшиеся ручки освобождены, причем для облегчения манипуляций произведен перелом плеча мертвого плода. Головка перфорирована и выведена в спавшемся состоянии. Плацента, уже отделившаяся, легко извлечена за пуповину вместе с оболочками. Плацента и оболочки вышли целиком. При осмотре зеркалами обнаружен разрыв шейки спереди, идущий высоко кверху — к телу матки. Спущена катетером моча, интенсивно окрашенная кровью. По окончании экстракции плода больная переведена в положение для чревосечения. Вновь обработаны руки. Придвинут заранее приготовленный инструментальный стол операционной сестры. Кожа передней стенки обработана бензином, спиртом и иодом. Операционное поле ограждено стерильным бельем.

Разрез по linea alba от симфиза до пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в нижнем сегменте матки по средней линии имеется продольный разрыв, расположенный ретровезикально, причем целость брюшины не нарушена. Мочевой пузырь как бы провисает в отверстие разрыва. Брюшина мочевого пузыря пропитана кровью, вследствие чего получается впечатление огромной гематомы. Матка хорошо сокращена. Ввиду того, что разрыв непроникающий и расположен в нижнем сегменте, а также ввиду молодого возраста больной и отсутствия признаков инфекции, решено матку сохранить.

Брюшная полость тщательно защищена салфетками. Матка выведена в брюшную рану. Plica vesico-uterina рассечена в поперечном направлении. Паравезикальная клетчатка пропитана кровью. Мочевой пузырь оказался уже отслоенным от матки до свода. Разрыв матки начинался на 1,5 — 2 см выше ретракционного кольца и по средней линии продолжался до наружного зева; разорван также в продольном направлении и передний свод. Края разрыва после удаления кровяных сгустков кровоточат. Разрыв матки зашит отдельными кетгутовыми лигатурами на всем протяжении, причем зашит и разрыв свода. Тщательно осмотрена задняя стенка мочевого пузыря: отверстия в мочевом пузыре не обнаружено. Брюшина мочевого пузыря пришита к матке несколько выше верхнего уровня разрыва. Брюшная стенка зашита наглухо. На кожу наложены три шелковые лигатуры и скобки Мишеля. Коллодийная повязка.

В мочевой пузырь введен постоянный катетер.

Продолжительность операции — 1 час 10 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

Вес плода (мальчика) без мозга — 3400 г[1].

16. КЕСАРСКОЕ СЕЧЕНИЕ

Вопрос о показаниях к операции абдоминального кесарского сечения очень обширен и не является темой настоящей книги. Тем не менее мы считаем необходимым подчеркнуть, что кесарское сечение, несмотря на успех асептики и разработанность и сравнительную несложность техники операции, является серьезнейшим оператив-

[1] Операция произведена мной.

ным вмешательством, которое дает даже в руках очень опытных хирургов определенный процент смертности. Тем более серьезной и ответственной становится эта операция, когда ее выполняет молодой, начинающий врач. Поэтому показания к кесарскому сечению должны быть строго обоснованы.

При абдоминальном (брюшностеночном) кесарском сечении мы в последние годы не выводим беременную матку из брюшной полости и в огромном большинстве случаев делаем разрез в нижнем маточном сегменте ретровезикально (позади мочевого пузыря). Корпоральное кесарское сечение, т. е. кесарское сечение с разрезом тела матки, мы делаем также без выведения матки и лишь в случаях предлежания детского места (placenta praevia) или при поперечном положении плода.

Если условия позволяют, то больную, которой предстоит операция, нужно подготовить так, как это обычно делают перед чревосечением. Больной дают слабительное или очищают кишечник при помощи клизмы. Очень полезно помыть больную под душем. Волосы на лобке и половых частях должны быть сбриты перед операцией. Мочу перед самой операцией следует спустить катетером.

Если есть возможность ждать, то лучше оперировать при наличии вполне развившейся родовой деятельности (в период раскрытия). Благодаря схваткам, матка после удаления плода и последа хорошо сокращается. Однако чем дольше продолжается родовая деятельность до операции, тем более выражен и истончен бывает нижний маточный сегмент (верхний отдел цервикального канала) и тем выше бывает расположена верхняя граница мочевого пузыря, что облегчает операцию ретровезикального (или цервикального) кесарского сечения. Перед операцией кесарского сечения не следует в интересах плода вводить морфин.

а) Техника абдоминального трансперитонеального, ретровезикального кесарского сечения (Sectio caesarea abdominalis transperitonealis retrovesicalis)

Кожу передней брюшной стенки дезинфицируют бензином, спиртом и иодом. Операционную рану защищают стерильными простынями. Операционному столу придают слегка наклонное положение с приподнятым тазовым концом. Разрез делают по средней линии между симфизом и пупком. Париетальную брюшину нужно вскрыть осторожно в верхнем отделе брюшной раны (ближе к пупку) и разрезать по направлению к симфизу, все время помня о близости мочевого пузыря. По вскрытии брюшной полости брюшную рану раскрывают брюшными зеркалами Дуайена или двустворчатым зеркалом, благодаря чему становится видным мочевой пузырь с переходной складкой брюшины (plica vesico-uterina) и нижний отдел матки. Кишок совершенно не видно, так как они удерживаются маткой. Между маткой и брюшной стенкой вводят марлевые салфетки для того, чтобы защитить брюшную полость от крови и околоплодных вод.

Пинцетом захватывают и высоко приподнимают брюшную складку, которую ножницами рассекают в поперечном направлении (рис. 264).

Пальцем или марлевым тупфером мочевой пузырь отсепаровывают от шейки (нижнего маточного сегмента). Не следует отсепаровывать пузырь далеко в стороны, где расположены крупные маточные сосуды.

Под отсепарованный мочевой пузырь подводят широкий подъемник или брюшное зеркало и таким образом обнажают переднюю стенку шейки (нижний маточный сегмент) (рис. 265).

Благодаря нахождению оперируемой в тренделенбурговском положении, матка несколько отходит к диафрагме, и нижний маточный сегмент делается доступнее. Можно рукой еще больше оттянуть книзу тело матки, для того чтобы приблизить к себе нижний маточный сег-

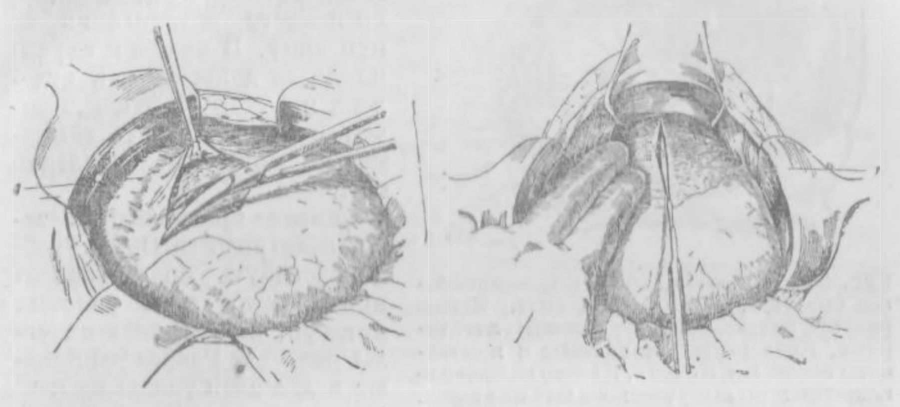


Рис. 264. Абдоминальное ретровезикальное (шеечное) кесарское сечение. Пинцетом приподнята plica vesico-uterina, которая рассекается ножницами в поперечном направлении.

Рис. 265. Абдоминальное ретровезикальное (шеечное) кесарское сечение. Мочевой пузырь отсепарован от нижнего сегмента и шейки матки. Переднее зеркало заведено за отсепарованный мочевой пузырь. Делается разрез нижнего сегмента матки и шейки по средней линии.

мент. Разрез нужно делать ножом строго по средней линии. Следует помнить, что беременная матка всегда несколько ротирована, и обычно левое ее ребро стоит ближе кпереди и к средней линии. Перед разрезом нужно проверить положение матки и, если нужно, выровнять его. Разрез надо делать осторожно, чтобы не поранить предлежащую часть плода. Можно сделать ножом небольшой разрез и удлинить его прямыми тупоконечными ножницами. Мы выводим головку обычно рукой, заведенной в матку между головкой и симфизом. Одновременно помощник рукой надавливает через брюшную стенку на дно матки, как бы выдавливая головку в рану. Мы ни разу не встречали затруднений при выведении головки. Рукой, введенной в матку, нужно повернуть головку личиком вперед для того, чтобы в случае, если ребенок начнет дышать, он не аспирировал околоплодных вод. На всякий случай нужно всегда иметь наготове акушерские щипцы: наложение щипцов и экстракция головки—дело одной минуты. В случае надобности можно удлинить разрез кверху (к дну) на 2 см выше пограничного (ретракционного) кольца. Такое удлинение дает больше

простора при выведении головки и не имеет существенного значения для полноценности матки.

Если предлежат ягодицы, то производится типичное извлечение плода за тазовой конец.

После извлечения плода и перерезки пуповины необходимо ввести под кожу или в тело матки 1 см³ питуикрина. Мы впрыскиваем обыкновенно под кожу одновременно 1 см³ питуикрина и 1 см³ Ergotini Bonjeani (5%).

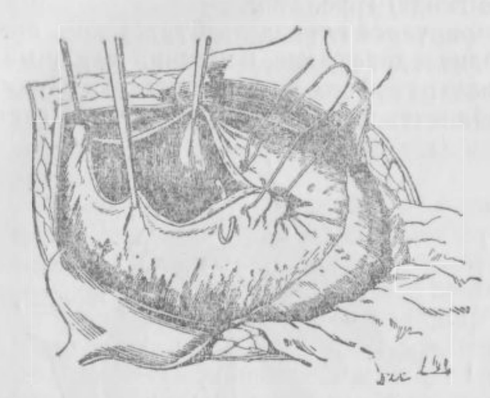


Рис. 266. Абдоминальное ретровезикальное (шеечное) кесарское сечение. Концы разреза растягиваются узловыми лигатурами. Края разреза захвачены и приподняты зажимами Кохера. Начато наложение непрерывного кетгутовского шва на разрез.

Послед выделяют при помощи приема Креде и одновременного потягивания за пуповину. В крайнем случае плацента должна быть отделена и выведена рукой, причем нужно обратить внимание на тщательное удаление оболочек.

Далее приступают к зашиванию разреза. Очень удобно растянуть края разреза при помощи двух узловых лигатур, наложенных на углы разреза. Разрез зашивают в два слоя узловыми кетгутовыми лигатурами средней толщины или непрерывными кетгутовыми швами (рис. 266). Слизистую оболочку матки (цервикального канала) прошивать не рекомендуется. После того как разрез в нижнем сегменте матки зашит, приступают к перитонизации. Для этого вынимают зеркало, заведенное под мочевой пузырь, и край, брюшины (край перерезанной plicae vesico-uterinae) пришивают непрерывной кетгутовой лигатурой или узловыми кетгутовыми лигатурами к брюшине матки таким образом, чтобы весь разрыв был покрыт брюшиной (рис. 267, 268). По окончании перитонизации из брюшной полости извлекают салфетки, и брюшную рану зашивают, как обычно, послойно. Апоневроз в случаях кесарского сечения обычно зашивают отдельными (узловыми) кетгутовыми лигатурами.

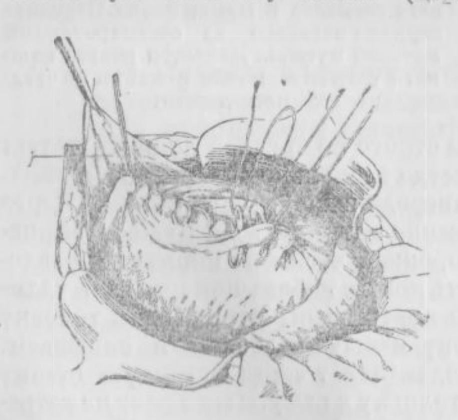


Рис.267. Абдоминальное ретровезикальное (шеечное кесарское сечение. Над первым непрерывным швом накладывается второй мышечно-мышечный шов.

Транcперитонеальное, ретровезикальное (цервикальное) кесарское сечение имеет значительные преимущества перед корпоральным

кесарским сечением. При нем матку не выводят из брюшной полости, и разрез брюшной стенки не поднимается выше пупка. Разрез делают в наименее активном отделе (нижнем сегменте) матки и, таким образом, полностью сохраняют функциональную полноценность последней. Матка, оставаясь во время операции в брюшной полости, хорошо защищает последнюю от охлаждения и соприкосновения с окружающей средой, в особенности, если к тому же брюшная полость в достаточной степени ограждена салфеткой. Благодаря подвижности мочевого пузыря и покрывающей его брюшины возможна идеальная перитонизация, предохраняющая брюшную полость от инфекции и устраняющая возможность образования спаек. Трансперитонеальное, ретровезикальное кесарское сечение желательно делать с двумя помощниками.

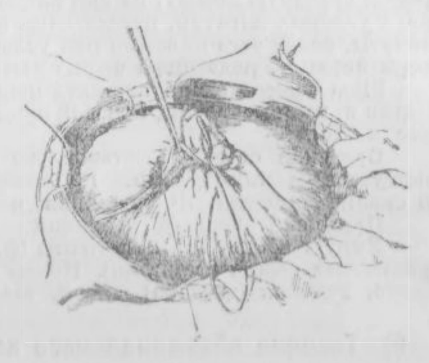


Рис. 268. Абдоминальное ретровезикальное (шеечное) кесарское сечение. Plica vesico-uterina пришивается к брюшине матки, закрывая линию разреза шейки матки.

Основные моменты абдоминального трансперитонеального, ретровезикального кесарского сечения: 1) разрез по linea alba между симфизом и пупком и вскрытие брюшной полости; 2) введение брюшных зеркал; 3) защита брюшной полости марлевыми салфетками, 4) вскрытие plicae vesico-uterinae, отсепаровка мочевого пузыря и заведение за него подъемника; 6) продольный разрез в нижнем сегменте (в верхнем отделе шейки), ретровезикально; 7) выведение головки (или ягодиц) и извлечение плода, перерезка пуповины; 8) введение под кожу по 1 см³ питуикрина и эрготина; 9) удаление последа; 10) зашивание матки (разреза) в два слоя; 11) перитонизация (пришивание края plicae vesico-uterinae к брюшине матки), 12) извлечение из брюшной полости марлевых салфеток, туалет брюшной полости (если нужно), извлечение зеркал; 13) закрытие брюшной раны (послойное), повязка.

Образец описания абдоминального трансперитонеального, ретровезикального кесарского сечения

1. Показания. Роды старой первородящей (43 года), тазовое предлежание (чистое ягодичное); общеравномерно суженный таз. Желание иметь живого ребенка.

2. Наркоз. Общий эфирный (70 см³ эфира).

3. Операция. К операции приступлено в период раскрытия после 4 часов хорошо выраженной родовой деятельности, при целых водах.

Больной придано положение с несколько поднятым тазовым концом. Сделан разрез по linea alba от симфиза и несколько ниже пупка. По вскрытии брюшной полости брюшная рана раскрыта зеркалами. Между стенкой живота и телом матки заведены марлевые салфетки, которыми брюшная полость тщательно изолирована. Вскрыта в поперечном направлении plica vesico-uterina, и мочевой пузырь тупо отслоен от передней поверхности нижнего сегмента и шейки матки. За отсепарованный мочевой пузырь заведен широкий подъемник (влагалищное зеркало Дуайена). Ввиду того, что матка находилась в положении некоторой ротации (левым ребром вперед), положение матки выправлено. На освобожденном от мочевого пузыря участке нижнего сегмента строго по средней линии сделан ножом небольшой разрез до оболочек; разрез прямыми ножницами продолжен вниз (к мочевому пузырю). Оболочки

разорваны (отошло небольшое количество чистых вод). Указательными пальцами, заведенными за паховые сгибы, осторожно выведены ягодицы и затем экстрагирован весь плод, причем головка выведена при помощи приема Veit-Smellie. Ребенок тут же громко закричал. Пуповина перерезана между двумя зажимами, и ребенок передан акушерке. Под кожу введен 1 см³ питуикрина и 1 см³ эрготина. Матка через несколько минут хорошо сократилась, благодаря чему плацента отделилась самостоятельно, и послед выделен легкими потягиваниями за пуповину при одновременном надавливании (через брюшную стенку) на дно матки. Послед выведен целиком. При помощи двух узловых лигатур, наложенных на углы раны в матке, края разреза растянуты, после чего наложен ряд узловых кетгутовых лигатур на разрез. Поверх первого ряда швов шейка зашита непрерывной кетгутовой лигатурой.

Plica vesico-uterina пришита непрерывным кетгутовым швом к брюшине матки и, таким образом, мочевой пузырь репонирован (помещен на свое прежнее место).

Брюшная стенка восстановлена послойно. Апоневроз зашит узловыми кетгутовыми лигатурами. На кожу наложены три шелковые лигатуры и скобки Мишеля. Коллодийная повязка.

Продолжительность операции — 40 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия). Номер операционного журнала.

4. Ребенок (девочка) живой, весом 3550 г.

б) Техника абдоминального корпорального кесарского сечения

Корпоральное кесарское сечение применяется, как уже было упомянуто, при предлежании детского места и при поперечном положении плода. Как и при ретровезикальном кесарском сечении, тело матки не выводят из брюшной полости. Разрез брюшной стенки делают между симфизом и пупком, а тело матки разрезают в нижнем отделе передней стенки по средней линии. Таким образом, мы в настоящее время не делаем разрезов выше пупка и не делаем фундальных (в дне матки) и высоких корпоральных (в верхнем отделе тела матки) разрезов.

Разрез тела матки нужно делать строго по средней линии. Экстрамедиальные (не по средней линии) разрезы более кровоточивы. Если матка ротирована (повернута вдоль своей продольной оси), ее нужно выправить и, удерживая в таком положении, провести разрез. Брюшная полость должна быть тщательно защищена салфетками или мягкими полотенцами. Ножом делают небольшой разрез, доходящий до оболочек, а затем удлиняют его при помощи ножниц. Если разрез случайно приходится на плацентарную площадку (placenta praevia caesarea), то это не должно смущать хирурга: рукой отделяют плаценту до края и быстро разрывают оболочки. Далее извлекают плод и удаляют послед.

После удаления плода нужно, как всегда, ввести под кожу по 1 см³ питуикрина и эрготина, которые следует заранее набрать в шприц.

Разрез в теле матки зашивают в три этажа. Сначала накладывают ряд узловых кетгутовых мышечно-мышечных швов (не прошивая эндометрия). Затем накладывается ряд швов серозно-мышечных. Поверх узловых серозно-мышечных швов накладывают непрерывный серо-серозный шов, перитонизирующий линию разреза. От правильного соединения краев разреза в матке зависит надлежащее заживление раны и, следовательно, устойчивость рубца при последующих родах.

Зашив матку, извлекают салфетки (или полотенца) из брюшной

полости, которую, если нужно, дополнительно очищают от затекшей в нее крови. Брюшная рана восстанавливается послойно как обычно.

Для принятия ребенка после его извлечения из полости матки должно быть заранее назначено лицо (акушерка или детская сестра), которое принимает ребенка в стерильную пеленку.

в) Вагинальное кесарское сечение (Sectio caesarea vaginalis)[1]

Влагалищное кесарское сечение не следует применять, если имеется в виду получение живого и жизнеспособного плода. Для получения живого плода нужно, если есть показания, применить абдоминальное кесарское сечение. Таким образом, влагалищное кесарское сечение применяется в подавляющем большинстве случаев при поздних абортах, если имеются показания для прерывания беременности.

Больная должна быть, по возможности, тщательно подготовлена. Кишечник следует опорожнить, больную помыть, волосы на половых частях побрить, и перед самой операцией спустить катетером мочу. Влагалище должно быть проспринцовано сулемой (1:2 000). Кожу на внутренней поверхности бедер, половые части и промежность обрабатывают спиртом и иодом. Влагалище протирают спиртом.

Т е х н и к а   в л а г а л и щ н о г о   к е с а р с к о г о   с е ч е н и я сводится к операции hysterotomia anterior, т. е. к рассечению шейки матки по передней стенке до внутреннего зева (без вскрытия брюшины) после предварительной отсепаровки мочевого пузыря (см. стр. 108). Влагалищную часть шейки матки обнажают зеркалами, переднюю губу наружного маточного зева захватывают двумя пулевыми щипцами. После этого вводят короткое заднее зеркало Дуайена или Фрича (вместо длинного, служащего для обнажения шейки матки). Шейку матки низводят насколько возможно ко входу во влагалище, причем нужно иметь в виду, что ткани в связи с беременностью отечны и легко рвутся. Обычно предварительно расширяют цервикальный канал расширителем Гегара до № 16—17. Расширители Гегара не следует заводить дальше внутреннего зева, чтобы раньше времени не разорвать околоплодных оболочек.

После расширения делают в переднем своде поперечный полулунный или языкообразный разрез на границе между слизистой оболочкой свода и portio vaginalis. Захватив и приподняв пинцетом верхний край разреза, ножницами рассекают соединительнотканные волокна между мочевым пузырем и шейкой матки. Помощник должен при этом хорошо натянуть шейку за пулевые щипцы. Благодаря рыхлости тканей, обусловленной беременностью, влагалищный лоскут вместе с мочевым пузырем легко отодвигается кверху при помощи пальца. За отсепарованный мочевой пузырь заводят зеркало (подъемник), после чего прямыми ножницами разрезают строго по средней линии переднюю стенку шейки матки. Разрез заходит слегка за внутренний зев, причем plica vesico-uterina остается целой.

Таким образом, сразу получается достаточное открытие для извлечения плода. Все инструменты (пулевые щипцы, зеркала) удаляют,

---

[1] «Основные моменты» и «образец описания», за малым исключением, идентичны с таковым и при операции ретровезикального кесарского сечения.

и хирург вводит во влагалище указательный и средний палец правой руки. При достаточной ширине влагалища можно ввести в него всю руку.

В полость матки вводят два пальца, одновременно надавливая другой (левой) рукой на дно матки и приближая, таким образом, матку и ее содержимое к пальцам введенной внутрь руки. Уже через оболочки обычно чувствуется, какая часть плода предлежит. Если предлежит ножка, то разрывают оболочки и захватывают ее. Если предлежит головка, то следует сделать поворот (очень легко удающийся) и низвести ножку. Извлечение плода за ножку нужно делать медленно, чтобы не надорвать разреза и не оторвать туловища от головки, что очень легко случается при сравнительно небольшой беременности. Последующую головку следует перфорировать в подзатылочной области и в спавшемся состоянии вывести. После извлечения плода нужно ввести под кожу по 1 $см^3$ питуикрина и эрготина, благодаря чему матка сокращается и послед выделяется наружу, чему можно способствовать приемом Креде и потягиванием за пуповину. Послед должен быть тщательно осмотрен и в случае малейшего сомнения в его целости нужно проверить полость матки двумя пальцами или большой кюреткой (в зеркалах).

После опорожнения матки приступают к зашиванию разрезов шейки и переднего свода. Для этого вводят зеркала и пулевыми щипцами захватывают нижние концы разреза шейки (рис. 117). Отодвинув подъемником мочевой пузырь кверху, приступают к зашиванию шейки. Верхний конец разреза шейки не всегда бывает легко доступен для наложения лигатуры. Поэтому нужно поступить так, как при зашивании бокового разрыва шейки во время родов (рис 262,263). Накладывают и завязывают лигатуру несколько ниже верхнего конца разреза. Подтягивая концами завязанной лигатуры края разреза, постепенно зашивают шейку до верхнего конца, после чего зашивают разрез до наружного зева. Разрез влагалища (переднего свода) можно зашить отдельными кетгутовыми лигатурами или непрерывным швом (рис. 117,118).

Как всегда после влагалищной операции, катетером спускают мочу.

Основные моменты операции влагалищного кесарского сечения: 1) дезинфекция кожи, наружных половых частей и влагалища, 2) защита операционного поля стерильным бельем, 3) обнажение шейки матки зеркалами, 4) захватывание шейки пулевыми щипцами, 5) расширение цервикального канала до № 17, 6) полулунный разрез переднего свода, 7) отсепаровка мочевого пузыря, 8) разрез (медиальный) передней стенки шейки от наружного до внутреннего зева. 9) удаление инструментов (пулевых щипцов) и зеркал, 10) отыскание и захватывание ножки, 11) извлечение плода (перфорация последующей головки), 12) впрыскивание под кожу питуикрина, 13) удаление последа (обследование полости матки, если нужно), 14) введение зеркал, 15) захватывание шейки щипцами, 16) зашивание шейки, 17) зашивание влагалища (переднего свода).

Образец описания операции влагалищного кесарского сечения.

1. Показания. Декомпенсированный порок сердца (stenosis valvulae mitralis) при беременности около 24 недель.

2. Наркоз. Спинномозговая анестезия; введено 2 см³ 5% раствора новокаина между III и IV поясничным позвонком. В течение операции введено 2 раза под кожу по 1 см³ 15% раствора Coffeini natrio-benzoici.

3. Операция. Цервикальный канал предварительно расширен расширителями Гегара до № 17. В переднем своде сделан полулунный разрез на месте перехода влагалища в portio vaginalis uteri. Мочевой пузырь отсепарован острым и отчасти тупым путем и отодвинут подъемником. Передняя стенка шейки рассечена по средней линии от наружного до внутреннего зева.

Двумя пальцами, введенными в полость матки, разорваны оболочки и захвачена ножка, оказавшаяся под пальцами. Плод извлечен до головки, которая перфорирована через foramen occipitale majus и в спавшемся состоянии выведена. Под кожу впрыснут 1 см³ питуикрина. Плацента (очень большая) с оболочками удалена при помощи приема Креде и одновременного потягивания за пуповину. Введены зеркала и шейка захвачена пулевыми щипцами. Полость матки проверена большой кюреткой, причем выскоблены остатки децидуальной оболочки.

Шейка зашита узловыми кетгутовыми лигатурами. Передний свод зашит непрерывной кетгутовой лигатурой. Линия швов смазана иодной настойкой.

Спущена катетером чистая моча без примеси крови.

Продолжительность операции — 30 минут.

Хирург (фамилия), ассистенты (фамилии), наркотизатор (фамилия), операционная сестра (фамилия).

Номер операционного журнала.

17. СЛУЧАЙНОЕ РАНЕНИЕ ОРГАНОВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ (профилактика, лечение)

При описании отдельных операций каждый раз обращалось внимание на возможность случайного ранения смежных органов— мочевого пузыря, мочеточников и различных отделов кишечника. Случайное поранение органа может иметь место у самого опытного хирурга и вовсе не должно расцениваться как позорное и дискредитирующее врача действие. Тем не менее нужно признаться, что в каждом случае ранение органа происходит не самопроизвольно, а в результате оплошности или недосмотра, которые свидетельствуют в лучшем случае о допущенном хирургом отвлечении внимания или, что гораздо хуже,—о неправильном действии. Таким образом, случайных ранений можно избежать при достаточной внимательности хирурга и при бережном и анатомическом оперировании. Не лишне еще раз коснуться этого вопроса в специальной главе.

Лучший способ избежать случайного ранения смежных органов во время гинекологических операций — это никогда не забывать о возможности или, вернее, всегда иметь во время операций в виду возможность подобного осложнения.

Опасность случайного ранения органа не столь велика и в большинстве случаев сравнительно легко может быть исправлена, если ранение своевременно замечено. Чем меньше ранение, тем, естественно, легче его исправить. Поэтому и в данном случае существенное значение имеет спокойное, вдумчивое оперирование без вредных тенденций поражать окружающих быстротой рукодействия.

а) Ранение мочевого пузыря

Ранения мочевого пузыря могут быть неполные (непроникающие в полость) и полные, при которых нарушается целость слизистой оболочки мочевого пузыря.

Ранение мочевого пузыря при colporrhaphia anterior наблюдается чрезвычайно редко при отсепаровке лоскута из передней стенки влагалища. Во избежание ранения имеет существенное значение правильное натяжение стенки влагалища при помощи зажимов Кохера при приведении очерчивающего лоскут разреза. Края разреза стенки влагалища должны разойтись на 0,5—0,75 см, что наблюдается лишь тогда, когда разрез доходит до septum vesico-vaginale. Глубже резать нельзя. Особую осторожность следует соблюдать при операциях у старух, у которых стенка влагалища истончена, а клетчаточный слой между влагалищем и мочевым пузырем атрофирован.

Ранение мочевого пузыря при передней кольпоррафии наблюдается не только во время проведения очерчивающего лоскут разреза, но и при отсепаровке уже очерченного лоскута. Тупое (следовательно, грубое) отодвигание мочевого пузыря, особенно при неправильном (недостаточно глубоком) очерчивающем разрезе, также может повести к ранению.

Травматизация мочевого пузыря может заключаться и в прошивании лигатурой мочевого пузыря при зашивании кольпоррафической раны. При слишком глубоком вкалывании иглы (особенно, при cystocele у старух) может быть захвачена стенка мочевого пузыря. Если швы в дальнейшем остаются в состоянии достаточного натяжения, то может образоваться некроз (обычно на незначительном протяжении) стенки мочевого пузыря с последующим подтеканием мочи. Обычно такие свищи бывают незначительны и затягиваются самопроизвольно. Заживлению способствует применение постоянного катетера и промывание мочевого пузыря 2% раствором борной кислоты.

Особенно часто наблюдается травма мочевого пузыря при отсепаровке его от шейки матки во время влагалищных операций.

Делается ли кольпоцелиотомия с поперечно-полулунным разрезом переднего свода или пузырь отсепаровывают после удаления овального или треугольного лоскута передней стенки влагалища — нужно точно соблюдать основное правило: энергично подтягивать шейку ко входу во влагалище и кзади, благодаря чему напрягаются соединительнотканные волокна между мочевым пузырем и шейкой. Далее, поперечный разрез в переднем своде должен быть достаточно велик для того, чтобы мочевой пузырь мог свободно отойти вверх. Если мочевой пузырь отслаивают при пролапсе после отсепаровки влагалищного лоскута, то нужно в достаточной степени отсепаровать в сторону края влагалищной раны для того, чтобы можно было легче подойти к мочевому пузырю и сделать его более подвижным. При острой отсепаровке мочевого пузыря ножницами возможность ранения бывает значительно меньше, чем при грубом, тупом отодвигании при помощи тупфера или пальца. Волокна septi vesico-vaginalis следует перерезать, что сразу делает мочевой пузырь подвижным и дает возможность в дальнейшем попасть в правильный слой. Если хирург сомневается в топографии мочевого пузыря, то лучше ориентироваться при помощи металлического катетера, введенного в мочевой пузырь.

В большинстве случаев проникающее в полость мочевого пузыря ранение образуется после предварительной травматизации стенки пузыря (мышечного его слоя). Ранение мышечной стенки при достаточной внимательности может быть легко замечено: растрепанные мышечные волокна мочевого пузыря значительно темнее окружающей ткани. Если мышечная стенка мочевого пузыря вся нарушена, то слизистая оболочка его вытягивается и просвечивается. Иногда оголенная слизистая оболочка пузыря может симулировать пузырно-маточную складку брюшины (plica vesico-uterina). Нужно принять за правило, что складка может быть вскрыта только в том случае, если она четко видна и представляется в виде ясно очерченного полулуния; при малейшем сомнении нужно для ориентировки ввести в мочевой пузырь катетер.

При непроникающем повреждении стенки мочевого пузыря нет основания для прерывания операции. Отсепаровку его можно продолжать, основательно и спокойно ориентировавшись в топографических соотношениях, подойдя к мочевому пузырю с более безопасной стороны (при пролапсах лучше в этом случае подойти к мочевому пузырю сбоку). Иногда, особенно при чрезмерно элонгированной (удлиненной) шейке матки, удобно бывает подтянуть шейку при помощи пулевых щипцов, наложенных на участок передней поверхности шейки матки, уже освобожденной от мочевого пузыря; этим приемом удается приблизить к себе область внутреннего зева матки и, следовательно, и складку брюшины. После отсепаровки мочевого пузыря следует немедленно восстановить целость мышечной стенки при помощи ряда тонких узловатых кетгутовых швов, следя за тем, чтобы не проколоть иглой слизистую мочевого пузыря.

Проникающее ранение мочевого пузыря очень легко заметить. Никогда не следует при малейшем сомнении в нарушении целости пузыря уяснять положение при помощи пальца, ножниц, тупфера и т. п. Прежде всего следует захватить пеанами предполагаемые края слизистой мочевого пузыря и, если нет уверенности, проконтролировать мочевой пузырь катетером. Осторожно растянув при помощи пеанов края разреза, зашивают стенку пузыря послойно. Слизистую мочевого пузыря при случайных ранениях последнего никогда не следует шить шелком, на котором в дальнейшем образуются мочевые конкременты (камни). Нужно шить часто тонким кетгутом и тонкой иглой. После зашивания слизистой оболочки нужно наложить ряд швов (кетгутовых) на мышечный слой. Этого при правильном ведении послеоперационного периода вполне достаточно для гладкого заживления.

В послеоперационном периоде можно в течение 6 дней пользоваться постоянным катетером, ежедневно меняя его. Благодаря постоянному оттоку мочи мочевой пузырь не растягивается, и создаются хорошие условия для заживления раны. Каждый раз при смене катетера рекомендуется промывать пузырь маленькими порциями (по 50,0) 2% раствора борной кислоты.

Если в отделении имеется надежный персонал, то рациональнее вести уход без постоянного катетера, который, почти как правило, ведет к возникновению цистита. Уход без применения постоянного

катетера заключается в том, чтобы при ограниченном введении жидкости спускать катетером мочу не реже 4 раз в сутки (в том числе и ночью). Если больная сама мочится после операции, то нужно следить, опоражнивает ли она каждый раз в достаточной степени мочевой пузырь, и не допускать его переполнения.

Ранение мочевого пузыря при вскрытии брюшной стенки, как уже указывалось выше, может произойти при неосторожном удлинении ножницами разреза брюшины в стороны лонного сочленения. Особенно велика опасность при беременности, когда мочевой пузырь расположен выше в cavum Retzii или при интралигаментарно (межсвязочно) расположенных опухолях. Брюшину следует вскрывать всегда в верхнем (ближе к пупку) отделе брюшной раны. Для того, чтобы при продвижении вниз (к симфизу) не ранить мочевого пузыря, нужно постепенно подтягивать брюшину с обеих сторон пинцетами и резать брюшину «на-глаз» (просвечивающуюся). Если имеется значительное развитие предбрюшинного жира, то его нужно осторожно отодвинуть и рассечь.

В случае ранения мочевого пузыря следует захватить пеанами края слизистой и зашить послойно стенку мочевого пузыря, как описано выше. Ранения мочевого пузыря в области дна очень хорошо заживают. Постоянного катетера при ранении мочевого пузыря в верхнем его отделе не следует применять.

Ранение мочевого пузыря при отделении его от матки во время абдоминальных операций.

При нормальных топографических соотношениях и внимательном оперировании ранение мочевого пузыря наблюдается чрезвычайно редко. Возможность ранения увеличивается в случаях значительного отклонения мочевого пузыря от нормального положения или в случаях чрезмерно плотного (интимного) соединения его с шейкой матки или с передней стенкой влагалища. Это наблюдается либо при наличии значительных воспалительных изменений (например, при сактосальпинксах, после перенесенного чревосечения), либо в случаях рака шейки матки, при котором клетчатка между мочевым пузырем и шейкой матки и влагалищем бывает уплотнена, либо в случаях, когда мочевой пузырь смещается в сторону или кверху опухолями, развивающимися межсвязочно (например, интралигаментарные или ретровезикальные миомы, интралигаментарные кисты).

Уже предварительно (до операции) ознакомление со status genitalis больной и с характером ее заболевания должно насторожить хирурга и, в частности, заострить его внимание на опасности ранения пузыря (и других органов). При значительном распространении рака шейки матки желательно до операции осмотреть мочевой пузырь при помощи цистоскопа.

При отслойке мочевого пузыря нужно предпочитать метод острого (при помощи куперовских ножниц) рассечения клетчатки; к тупферу следует прибегать, как к способу, дополняющему острое разделение тканей. Особенно опасно грубое тупое отодвигание мочевого пузыря при раке шейки матки. В этом случае нужно предварительно шаг за шагом надсекать клетчатку и адвентициальные чехлы, окутывающие влагалище, и затем осторожно отодвинуть мочевой пузырь при по-

мощи небольшого марлевого тупфера, который не следует при отодвигании пузыря отрывать от шейки матки или от влагалища. Отодвигая тупым способом мочевой пузырь, нужно все время контролировать, подвигается ли вперед отсепаровка, и в противном случае вновь взяться за ножницы. Если нарушена мышечная стенка мочевого пузыря, необходимо тотчас наложить на мышцы ряд тонких узловатых кетгутовых швов и продолжать отсепаровку преимущественно острым путем. При полном нарушении стенки мочевого пузыря следует послойно восстановить его целость (см. выше 241 стр.) и по окончании операции защитить место ранения либо стенкой влагалища (при тотальной экстирпации матки), либо завернутым внутрь лоскутом брюшины, которой (несколькими швами) прикрывают, как заплатой, пораненное место. Откладывать зашивание раненого мочевого пузыря до конца операции не следует.

Мочевой пузырь может быть травматизирован и при зашивании влагалища (после тотальной экстирпации матки), а также при наложении швов на культю шейки матки при суправагинальной ампутации матки. Возможна травматизация при перитонизации (при соединении переднего и заднего листков широкой связки). Швом можно по неосторожности прошить насквозь стенку мочевого пузыря. В результате ее некроза (обычно на небольшом протяжении) развивается геморрагический цистит вплоть до образования пузырно-влагалищного или пузырно-цервикального свища (на 8—10-й день после операции). Благодаря систематическому промыванию мочевого пузыря раствором борной кислоты и уходу эти незначительные мочевые свищи обычно закрываются самопроизвольно.

Случайного прошивания стенки мочевого пузыря легко можно избежать, внимательно отодвигая его при наложении швов.

б) Ранение мочеточников

Травматизация мочеточников при влагалищных операциях (экстирпация матки, кольпоррафия) наблюдается сравнительно редко. Чаще встречается она при расширенной радикальной экстирпации матки через влагалище по поводу рака шейки матки. Эта операция в настоящем курсе не описывается. Мы предпочитаем применять при этой операции абдоминальный путь. При простой экстирпации матки через влагалище или при высокой ампутации шейки матки можно травматизировать мочеточник, захватив зажимами клетчатку на значительном расстоянии от ребра матки. Если матка хорошо подтянута ко входу во влагалище, то a. uterinae хорошо подтягиваются книзу, а мочеточники (и мочевой пузырь) остаются значительно выше. Если хирург держится строго у ребра матки и не стремится захватить в зажим сразу много клетчатки, то ранение мочеточника становится невозможным. При экстирпации матки через влагалище по поводу пролапса особенно нужно избегать захватывания в клеммы больших участков клетчатки (широкой связки); помимо того, что при этом можно захватить в клемму мочеточник, образование больших культей неблагоприятно отражается на послеоперационном течении.

Травматизация мочеточников наблюдается и при попытках остановить кровотечение из a. uterina или из ее ветви при неправильной ее перевязке или в случаях, когда наложенная на маточную артерию лигатура почему-либо срывается. Беспорядочное захватывание кровоточащего места втемную зажимами Кохера или обкалывание втемную может повлечь к захватыванию и мочеточника: хотя кровотечение и останавливается, но в дальнейшем образуется мочеточниковый свищ.

Лучшим способом избежать ранения мочеточника является четкое анатомическое оперирование «на-глаз», хорошее освещение операционного поля и надлежащая помощь ассистентов. В случае кровотечения все усилия хирурга должны быть направлены на то, чтобы прежде всего хорошо открыть и сделать доступным кровоточащее место. Если таким образом не удается захватить кровоточащий сосуд, то разумнее и безопаснее перейти на чревосечение, чем рисковать ранением мочеточника при слепом захватывании невидимого сосуда. При осторожном оперировании, впрочем, редко приходится переходить на чревосечение (нам, например, за 28 лет оперативной деятельности ни разу не пришлось из-за кровотечения перейти с влагалищного пути на абдоминальный).

Если травма мочеточника ограничилась лишь незначительным нарушением целости или размозжением стенки мочеточника, то мочеточниковый свищ, образующийся в послеоперационном периоде, может самопроизвольно закрыться. В более тяжелых случаях приходится в дальнейшем прибегать к специальной операции по поводу влагалищно-мочеточникового свища.

При передней кольпоррафии, особенно в случаях, когда из передней стенки влагалища отсепаровывается большой лоскут, возможно прошивание мочеточника при наложении швов на septum vesico-vaginale. Хирург должен следить за тем, чтобы игла не проникала слишком глубоко в подлежащую ткань, помня, что в верхнем отделе освеженного овала он находится в непосредственной близости к мочеточникам у места впадения последних в мочевой пузырь.

Травматизация мочеточников при абдоминальных операциях

Ранение мочеточников наблюдается главным образом при удалении интралигаментарно (межсвязочно) расположенных опухолей, при тотальной экстирпации матки и особенно при расширенной радикальной операции по поводу рака шейки матки.

Интралигаментарное расположение опухоли должно сразу насторожить хирурга. Нужно помнить, что мочеточник отодвигается опухолью в сторону, причем располагается в клетчатке, принимающей участие в образовании капсулы опухоли. Выше было уже указано (стр. 162), что выделение опухоли нужно начинать со вскрытия брюшины над верхним углом опухоли, т. е. на участке, где мочеточника логически быть не может, и в дальнейшем продвигаться осторожно, выделяя опухоль из ее клетчаточного ложа преимущественно тупым способом. Если опухоль имеет плотную консистенцию, то очень помогает подтягивание ее кверху при помощи

щипцов Мюзо или Дуайена. Сознание, что при выделении интралигаментарной опухоли возможно ранение мочеточника, является лучшим способом уберечь себя от случайного ранения последнего.

При суправагинальной ампутации матки возможно ранение мочеточника только в момент перерезки a. uterinae на уровне внутреннего зева матки. Избежать ранения мочеточника можно лишь благодаря «анатомическому оперированию». Сосудистый пучок перед наложением на него клеммы нужно ясно видеть. Задний листок брюшины нужно подрезать у ребра матки и спустить книзу. Таким образом удается захватить сосудистый пучок без заднего листка брюшины, на котором лежит мочеточник.

При тотальной экстирпации матки имеется опасность захватывания в зажим (и перерезки) мочеточника при перерезке a. uterinae (как при суправагинальной ампутации) и в момент перерезки крестцово-маточной связки. Нужно принять за правило не зажимать последнюю далеко от шейки матки и перерезать ее в непосредственной близости от шейки матки. Равным образом нельзя слишком глубоко книзу продвигать клемму, захватывающую крестцово-маточную связку. В случае необходимости безопаснее перерезать связку в два приема, т. е. после перерезки части связки наложить второй зажим и затем перерезать остальную часть.

При перевязке перерезанной a. uterinae следует делать вкол иглы под самым концом зажима, а не на значительном расстоянии от него по направлению к замку или в глубину ткани. Вкалывая иглу втемную, легко можно прошить мочеточник.

Мочеточник подвергается наибольшей опасности при операции Вертгейма. Здесь опасность заключается не только в прямом ранении мочеточника, но и в грубой травматизации его и нарушении целости мельчайшего сосудистого сплетения, окутывающего его на всем протяжении. Прежде всего нужно принять за правило не захватывать мочеточника пинцетом, не сжимать и не выделять его на протяжении большем, чем это требуется. С первого момента операции (после проникновения в клетчатку широкой связки) хирург должен держать мочеточник на виду и, продвигаясь в процессе операции, все время действовать, не упуская из виду мочеточника. Можно смело сказать, что при вертгеймовской операции мочеточник труднее поранить, чем при обыкновенной экстирпации матки, ибо в первом случае мочеточник виден (должен быть виден) во время операции, а во втором случае мы стараемся его не видеть, не оголять. Опасность ранения мочеточника при вертгеймовской операции тем больше, чем распространеннее раковый процесс. Мы самым настойчивым образом не советуем оперировать рак шейки, если он вышел за пределы второй стадии по международной классификации. Особенно неразумно браться за более или менее осложненные случаи начинающему хирургу, не искушенному в достаточной степени в этой трудной операции.

При удалении больших опухолей, при которых наблюдается значительное развитие сосудов (вен), нередко просвет перерезанных сосудов настолько широк, что невольно возникает мысль о перерезан-

пом мочеточнике. Нужно знать, что слизистая оболочка мочеточника на разрезе складчата и в общем мочеточник на разрезе имеет звездчатую форму, в то время как стенка сосуда менее тонка и на внутренней поверхности ее никакой складчатости не имеется.

При перерезке мочеточника возможно только хирургическое лечение. Концы перерезанного мочеточника надо соединить тем или иным способом, а лучше всего имплантировать центральный конец мочеточника в мочевой пузырь.

Наиболее надежна и эффективна пересадка (имплантация) мочеточника в мочевой пузырь. Это возможно в том случае, если мочеточник перерезан на участке, не слишком отдаленном от мочевого пузыря, так как непременным условием удачного выполнения этой операции является достаточная подвижность мочеточника и мочевого пузыря. Если мочеточник для имплантации должен быть сильно подтянут, то можно заранее сказать, что результат операции будет неудовлетворительным.

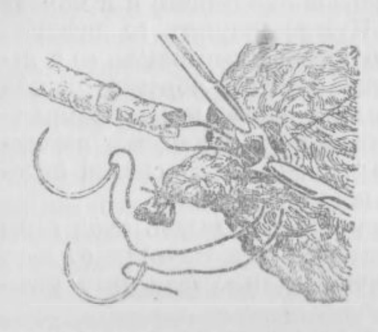


Рис. 269. Вшивание мочеточника в мочевой пузырь. Пузырный конец перерезанного мочеточника перевязан лигатурой. Конец подлежащего вшиванию мочеточника раздвоен. Через стенку мочеточника проведена лигатура, концы которой проводятся в полость мочевого пузыря (через специально сделанное в последнем отверстие) и выкалываются через стенку пузыря наружу.

Для того, чтобы вшить мочеточник (почечный конец) в мочевой пузырь, нужно отсепаровать мочеточник на несколько сантиметров по направлению к почке. Далее, нужно выбрать в мочевом пузыре точку, наименее отдаленную от конца перерезанного мочеточника. Можно сделать мочевой пузырь более подвижным при помощи следующего приема: указательным пальцем проникают между нижним краем симфиза и мочевым пузырем и тупо (пальцем) нарушают связку, подвешивающую мочевой пузырь к вершине лонной дуги: мочевой пузырь сразу становится подвижнее. Впрочем, в большинстве случаев к этому приему прибегать не приходится.

Выбрав на мочевом пузыре место для имплантации мочеточника, нужно сделать в мочевом пузыре небольшое отверстие, проникающее в его полость. Это можно сделать двумя способами. Можно попросить помощника ввести в мочевой пузырь (через уретру) металлический катетер (или тонкий корнцанг) и со стороны брюшной полости надрезать стенку мочевого пузыря, выпяченную введенным в пузырь катетером. Другой способ состоит в следующем. Двумя зажимами Пеана, наложенными на расстоянии 0,5—0,75 см друг от друга, осторожно фиксируют и приподнимают стенку мочевого пузыря. Острием скальпеля производят инцизию, проникающую в полость мочевого пузыря. Отверстие можно осторожно проделать остроконечными ножницами. Сделав тем или иным способом отверстие в мочевом пузыре, нужно осторожно двумя пеанами захватить край слизистой оболочки моче-

вого пузыря (рис. 269). Конец мочеточника нужно рассечь по длине на протяжении 0,5—1 см, как показано на рис. 269. Через один из образовавшихся концов мочеточника продевают тонкую кетгутовую лигатуру, снабженную на обоих концах иглами, с помощью которых проводят оба конца лигатуры через стенку мочевого пузыря изнутри кнаружи (рис. 270). Лигатуру завязывают узлом, и мочеточник во-

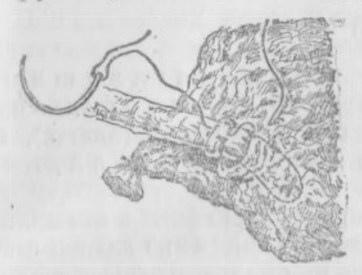


Рис. 270. Вшивание мочеточника в мочевой пузырь. Лигатура, концы которой проведены через стенку мочевого пузыря, завязаны. Адвентиции мочеточника циркулярно отдельными лигатурами соединяются со стенкой мочевого пузыря. Слизистую мочеточника и мочевого пузыря не следует прошивать.

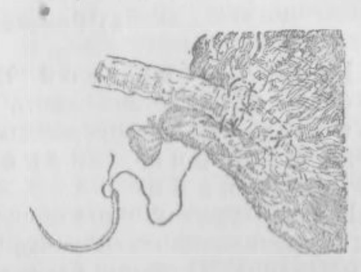


Рис. 271. Вшивание мочеточника в мочевой пузырь. Мочеточник вшит в мочевой пузырь. Пунктиром намечена проекция вшитого в мочевой пузырь края мочеточника. При помощи лигатуры (еще не завязанной), проведенной через клетчатку и мышечную стенку мочевого пузыря и адвентиций мочеточника, начато образование муфты вокруг мочеточника.

влекается в просвет мочевого пузыря (рис. 271). Место выколов иглы (и, следовательно, узла) должно находиться на расстоянии 1 см от края отверстия в мочевом пузыре, которое уменьшают двумя швами. Далее нужно рядом тончайших швов (предпочтительно шелковых) соединить циркулярно край разреза в мочевом пузыре со стенкой мочеточника, как показано на рис. 271. Ни в коем случае нельзя при этом захватывать в шов слизистую мочевого пузыря и мочеточника. Для создания лучшей связи мочеточника с пузырем и образования подобия мышечного сфинктера на конце имплантированного мочеточника можно наложить несколько швов, которыми конец мочеточника окутывается как муфтой, состоящей из мышечной стенки мочевого пузыря (рис. 272).



Рис. 272. Вшивание мочеточника в мочевой пузырь. Образование муфты закончено.

После имплантации должна быть произведена тщательная перитонизация как мочеточника, так и мочевого пузыря.

В послеоперационном периоде нужно следить за тем, чтобы мочевой пузырь не переполнялся. Надежнее всего вводить в течение 7—8 дней постоянный катетер, сменяя его ежедневно и промывая мочевой пузырь маленькими порциями (не более 50 см^3) 2% раствора борной кислоты.

Пузырный конец перерезанного мочеточника можно не перевязывать, так как моча из мочевого пузыря не затекает в обратном направлении в мочеточник.

На всякий случай, впрочем, можно крепкой лигатурой (кетгутовой) завязать пузырный конец мочеточника.

в) Ранение прямой кишки

Ранение прямой кишки при влагалищных операциях может иметь место при кольпоперинеоррафии (пластике промежности и задней стенки влагалища), во время пункции заднего свода и при задней кольпотомии.

Ранение прямой кишки при кольпоперинеоррафии наблюдается при неправильной отсепаровке треугольного лоскута из задней стенки влагалища. Особенно велика опасность при наличии старых рубцов (после разрыва во время родов или в связи с перенесенной пластической операцией). Грубая отсепаровка лоскута при помощи комков марли или марлевого тупфера обычно ведет сначала к травматизации мышечной стенки кишки, а затем и к ранению слизистой оболочки. Как при отделении мочевого пузыря, так и при всяком разделении тканей нужно всегда придерживаться анатомического слоя и работать «на-глаз», разделяя ткани острым путем (ножницами, скальпелем). Тупое отодвигание тканей должно быть лишь вспомогательным средством. Если стенку влагалища отсепаровывают не в надлежащем слое (в клетчатке), если рубцы не рассекаются острым путем, то отодвигание, тем более грубое отодвигание, может повести либо к отрыву отсепаровываемого лоскута, либо к ранению прямой кишки.

Если для ориентировки в топографии мочевого пузыря мы можем рекомендовать начинающему хирургу воспользоваться введением в мочевой пузырь катетера (см. выше), то вводить палец в прямую кишку для ориентировки (как это некоторые авторы рекомендуют) мы ни в коем случае не советуем.

Своевременно замеченное и хорошо зашитое свежее ранение прямой кишки обычно хорошо заживает. Как и при зашивании сквозного ранения мочевого пузыря, нужно пеанами захватить слизистую оболочку кишки. Края слизистой оболочки нужно соединить рядом отдельных кетгутовых (или тонких шелковых) узловых швов, после чего рядом отдельных кетгутовых лигатур соединяют края мышечной оболочки в месте ранения. Над этим рядом швов полезно соединить клетчатку отдельными швами. Таким образом, создается мощная прослойка, защищающая швы на слизистой оболочке кишки. Швы на кишку нужно накладывать в поперечном направлении. После зашивания раневого отверстия в слизистой оболочке кишки следует обязательно сменить все инструменты и перчатки (или помыть руки, если перчаток нет).

В течение не менее 6 дней после операции нужно держать больную на «голодной диэте» (чай, бульон, кисели, морсы и т. п.), после чего дать слабительное (Ol. Ricini или средние соли). Ни в коем случае не

следует ни в первые 6 дней после операции, ни в следующие ставить клизмы или вводить газоотводные трубки. После первого послабления нужно озаботиться, чтобы и в дальнейшем у больной не было испражнений твердым калом, для чего ежедневно нужно назначать Pulv. Liquiritii, Purgen и тому подобные легкие слабительные средства.

Прямая кишка может быть повреждена во время восстановления промежности вследствие прошивания ее лигатурами, накладываемыми на леваторы. Для того, чтобы этого не случилось, мы советуем накладывать швы на леваторы «с выколом», т. е. подводя иглу под ножку леватора с одной стороны, выколоть ее и затем, минуя опасное место (кишку), подвести иглу под леватор с другой стороны. Таким образом, можно быть уверенным, что кишка не будет прошита. Особенно опасно оперировать в поле, заливаемом кровью: хирург всегда должен четко видеть место вкола и выкола иглы.

При пункции заднего свода с диагностической целью можно случайно попасть вместо дугласова кармана в прямую кишку. Это особенно возможно, если пункцию предпринимают без предварительной подготовки (опорожнения кишечника). Нужно принять за правило всегда перед пункцией добиваться опорожнения кишечника, если состояние больной это позволяет. Далее во время пункции нужно хорошо растянуть задний свод при помощи подъемника, подведенного под шейку матки и заднего зеркала. Иглу нужно вкалывать точно по средней линии, тотчас ниже port. vaginalis (рис. 88). При дальнейшем продвижении иглы нельзя направлять ее кзади. Если при насасывании в шприц набирается содержимое кишки, иглу нужно тотчас извлечь. Ничего плохого от прокола кишки быть не может. Гораздо хуже, если иглой, побывавшей в кишке, продолжают поиски в дугласовом кармане. После смены иглы (и шприца) можно повторно сделать вкол в другом месте.

При инцизии заднего свода нужно во избежание ранения кишки ориентироваться по игле, остающейся после пункции неизвлеченной (рис. 89). Расширять инцизионную рану безопаснее тупым путем при помощи изогнутого корнцанга (рис. 90).

В случае ранения прямой кишки при задней кольпотомии, сделанной по поводу нагноения или заматочной кровяной опухоли, зашивание пораненного участка кишки чрезвычайно затруднительно и к тому же излишне. Практический опыт показывает, что образующийся в результате травмы прямокишечно-влагалищный каловый свищ закрывается в дальнейшем самопроизвольно.

При экстирпации матки через влагалище, когда предполагается облитерация заднего дугласова кармана вследствие того, что прямая кишка припаяна к задней поверхности шейки матки, не следует вскрывать plicam recto-uterinam (брюшинную складку) снизу. После того как матка вывихнута во влагалище через передний свод и перерезаны широкие связки у ребра матки с обеих сторон, нужно осторожно при помощи ножниц отсепаровать припаянную кишку, придерживаясь непосредственно стенки матки.

Ранение прямой кишки при абдоминальных операциях см. ниже.

г) Ранение кишечника при абдоминальных операциях

При изложении способов разреза передней брюшной стенки для абдоминальной операции (стр. 46) было уже обращено внимание на опасность ранения кишечника при вскрытии пристеночной брюшины. Нужно принять за правило вскрывать брюшину только после наступления глубокого сна (или полной анестезии) и предпочтительно в тренделенбурговском положении больной. Если больная недостаточно глубоко спит или вообще не полностью потеряла чувствительность, петли кишок легко могут быть захвачены пинцетами вместе с брюшиной. Рассекать предбрюшинный жир и брюшину нужно осторожно, не спеша. Достаточно небольшого отверстия в брюшине, чтобы через него вошел (с некоторым шумом) воздух в брюшную полость. Под влиянием изменения давления в брюшной полости кишечные петли оттесняются от брюшной стенки, что облегчает дальнейшее вскрытие брюшины. Нельзя слишком энергично действовать ножом при вскрытии пристеночной брюшины, чтобы в случае нечаянного ранения оно было невелико. Тотчас после вскрытия брюшины необходимо, не отнимая пинцетов, которыми была приподнята брюшина, убедиться, не ранена ли петля кишки (обычно тонкой). В случае ранения необходимо тотчас захватить пинцетом или пеаном поврежденное место и, прежде чем приступать к операции, зашить кишку. Если надрезан лишь серозный покров кишки, то достаточно наложить несколько отдельных тонких кеттутовых швов, стягивающих брюшину. При сквозном ранении кишки необходимо вывести пораненную петлю из брюшной раны, тщательно защитить брюшную полость и кожную рану салфетками и приступить к зашиванию кишки. Слизистую оболочку зашивают при помощи круглой кишечной иглы рядом отдельных шелковых швов и затем соединяют серозную оболочку и мышечную стенку кишки также отдельными шелковыми швами. Над шелковыми лигатурами можно наложить ряд серо-серозных швов по Ламберту. Таким образом, кишку зашивают в три этажа. Нужно помнить, что кишку всегда следует зашивать в поперечном направлении, чтобы избежать сужения ее просвета. После наложения швов полезно протереть участок кишки тупфером, смоченным чистым спиртом. После смены салфеток, инструментов и перчаток (или мытья рук) можно приступить к продолжению операции.

Выше было уже указано, что особую осторожность нужно соблюдать при вскрытии пристеночной брюшины в случаях хронического воспаления брюшины или при релапаротомиях (т. е. при повторном вскрытии брюшной полости).

При зашивании брюшной раны (пристеночной брюшины) нужно опасаться захватывания в шов стенки кишки (см. стр. 50)

Ранение кишечника при абдоминальных операциях наблюдается в процессе разделения спаек между петлями кишок и внутренними половыми органами, обычно патологически измененными (по поводу чего в сущности и предпринимается операция). Нужно принять за правило даже не пытаться разъединять спайки с кишечником при безусловном

наличии туберкулеза брюшины или гениталий. При этом часто наблюдается нарушение целости кишки, заживление протекает вяло, а кишечные фистулы в результате травматизации кишки не поддаются излечению.

Выделение патологически измененных половых органов из спаек и разделение последних следует производить неспеша, с большой осторожностью, причем нельзя работать втемную рукой, введенной в малый таз или в брюшную полость. Хирург должен *видеть* и контролировать место, в котором он действует. При плотном сращении со стенкой кишки безопаснее действовать ножом или ножницами, чем марлевым тупфером, который не всегда находит правильное направление. *Нужно твердо придерживаться правила, что лучше оставить кусок капсулы (опухоли) на кишке, чем кусок кишки на опухоли.* Участки кишки, лишенные брюшины, должны быть тщательно заперитонизированы, а при сквозном ранении кишка должна быть, как описано выше, тщательно зашита. При значительном повреждении кишки на значительном протяжении может понадобиться сделать по всем правилам хирургии резекцию пораженного участка. На всякий случай нужно всегда иметь во время чревосечения и стерильные кишечные зажимы.

К счастью, гинекологу, обладающему элементарной оперативной техникой и соблюдающему во время операции должную осторожность, чрезвычайно редко приходится резецировать петли кишок в результате случайного их повреждения во время операции.

Если ранена *прямая кишка* в ее тазовом отделе, рана должна быть зашита и тщательно заперитонизирована. Мы советуем после зашивания прямой кишки сделать перед закрытием брюшной раны заднюю кольпотомию со стороны брюшной полости и продренировать дугласово пространство (excavatio recto-uterina). Для этого помощник должен ввести стерильный корнцанг во влагалище и выпятить им задний свод; над корнцангом, который легко прощупать в дугласовом пространстве, проделывают острыми ножницами отверстие, через которое помощник продвигает корнцанг в полость таза. Раскрытым корнцангом помощник захватывает конец широкого бинта (или марлевой салфетки), который подает хирург со стороны брюшной полости, и бинт выводится корнцангом во влагалище; частью бинта выполняют дугласов карман. Тампон, введенный в дугласов карман, следует изолировать от брюшной полости, перекрыв его, например, сигмовидной кишкой, пришитой несколькими отдельными кетгутовыми швами к париетальной брюшине и к матке (если последняя оставлена). Если матка удалена, то дренирование малого таза осуществляется легко через отверстие во влагалище, которое в этом случае полностью не зашивают. Тампон осторожно извлекают через 5—6 дней после операции.

18. МЕРЫ ПРОТИВ ОСТАВЛЕНИЯ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ (САЛФЕТОК, ИНСТРУМЕНТОВ)

Оставление в брюшной полости инородных тел — обычно марлевых салфеток или инструментов — является тяжелым осложнением,

которое, однако, вполне предотвратимо при правильной организации процесса операции и внимания в работе персонала.

В литературе описано много случаев оставления инородных тел. Оставление салфетки или инструмента в брюшной полости всегда является лишь несчастной случайностью, но все же в каждом случае это несчастье происходит в результате допущенной небрежности. Однако лишь в исключительных случаях эту небрежность можно квалифицировать как «преступную небрежность».

С самого начала своей хирургической деятельности врач должен воспитать в себе чувство организованности, порядка и внимательности. Это тем более важно, что с течением времени у хирурга может развиться чувство чрезмерной уверенности, самонадеянности, особенно у «удачливых» хирургов или хирургов, не встречающих достаточной (и необходимой) критики. Под влиянием постоянных успехов, а может быть, и некоторой усталости, зависящей иногда от возраста, может притупиться чувство бдительности во время операции, и в результате малейшее нарушение душевного равновесия может повлечь за собой случайное оставление инородного тела. Имеет значение и случайная обстановка во время операции, наблюдающаяся обычно во время экстренных, особенно, ночных операций. Трудно поддающееся остановке кровотечение во время операции также может отвлечь внимание хирурга и быть причиной оставления в брюшной полости инородных тел.

Как бы то ни было, хирург всегда и при всякой обстановке (особенно, при необычной обстановке) должен помнить о возможности оставления салфетки или инструмента. Однако одного воспитания в себе чувства бдительности и осторожности мало. Необходимо организовать свою работу так, чтобы все случайности были сведены к минимуму.

Мы придерживаемся следующих правил.

1. Кроме инструментального столика операционной сестры, мы не пользуемся никакими вспомогательными столиками для инструментов или материала (так называемыми «ассистентскими» столиками).

2. Мы не разрешаем самостоятельно помощникам вводить во время операции отграничивающие брюшную полость салфетки. Салфетки должен вводить сам хирург или помощник, если это ему поручено хирургом.

3. Ассистенты не должны без ведома и разрешения хирурга захватывать сосуды или ткани клеммами. Роль ассистента должна ограничиваться лишь помощью во время операции: ассистент не должен оперировать.

Благодаря своего рода «единоначалию» хирурга во время операции его внимание не рассеивается, но максимально напряжено.

4. После вскрытия брюшной полости мы для вытирания крови пользуемся только марлевым тупфером, т. е. сложенным куском марли, захваченным в крепкий корнцанг. В корнцанг или щипцы нельзя захватывать больше одного комка марли. Если для вытирания или отсасывания жидкости приходится пользоваться марлевой салфеткой, то это является исключением и поэтому обращает на себя вни-

мание; кроме того, мы не берем в руки салфетку, не отмеченную крепким пеаном, кохером или другим каким-нибудь замыкающимся инструментом. Операционная сестра должна быть воспитана таким образом, чтобы у нее выработался «рефлекс» — не давать салфеток, не отмеченных зажимами.

5. Нельзя брать во время чревосечения с инструментального столика материал или инструменты без ведома операционной сестры. «Хватание» инструментов или материала деморализует и хирурга, и операционную сестру и вносит в операцию неразбериху.

6. Использованные инструменты нельзя накапливать вокруг операционной раны. Использованный инструмент нужно либо отбросить в специальный тазик на подставке, либо возвратить операционной сестре. При себе хирург может иметь только пинцет, а ассистент — один или два чистых марлевых тупфера и один пинцет.

7. Марлевые салфетки или небольшие мягкие полотняные полотенца, которыми отграничивают брюшную полость, подает хирургу операционная сестра, которая отмечает конец салфетки или полотенца хорошо замыкающимся инструментом.

8. Салфетки или полотенца нельзя вводить в брюшную полость больше, чем на половину их длины. Если введенная салфетка промокла или недостаточно защищает участок брюшной полости, то следует ввести свежую салфетку, но ни в коем случае не задвигать дальше уже введенные салфетки.

9. Для отметки салфеток нельзя пользоваться старыми, плохо замыкающимися инструментами.

10. Мы предпочитаем пользоваться для остановки кровотечения или захватывания тканей длинными инструментами (длинными зажимами Кохера, изогнутыми зажимами Микулича), которые не так легко оставить в брюшной полости.

11. Не следует оставлять в брюшной полости во время операции много кровоостанавливающих зажимов (пеанов, кохеров и т. п.). Множество инструментов мешает оперировать и делает труднее обозримым операционное поле; кроме того, случайное оставление инструмента при этом становится более возможным. Поэтому мы тотчас перевязываем каждый перерезанный сосуд или связку, а инструмент, которым они зажаты, передаем операционной сестре или отбрасываем.

12. Лигатуры, которые оставляются до конца операции (например, на круглую связку, воронко-тазовую связку) и которые обычно отмечаются пеанами, должны быть длинные, чтобы пеаны находились на достаточном расстоянии от краев брюшной раны.

13. Салфетки (длинные и средние) должны быть связаны по 10 штук. Количество салфеток в каждой связке надо проверять перед тем, как их закладывают в барабан для стерилизации, а также после того, как связки салфеток выкладывают из барабана на инструментальный столик. Количество связок с салфетками, а также количество полотенец, выложенных на столик, должно быть точно подсчитано.

14. Операционная сестра должна во время операции считать, сколько израсходовано салфеток и полотенец; отбрасываемые во время операции загрязненные салфетки и полотенца операционная санитарка должна тотчас же подбирать и подсчитывать.

К моменту зашивания париетальной брюшины, когда все салфетки или полотенца извлечены из брюшной полости, операционная сестра должна уже проверить количество наличных чистых и использованных салфеток.

15. К операции сестра должна приготовить точно подсчитанное число инструментов (особенно мелких цапок, пеанов, кохеров и пр.). К моменту зашивания брюшины должно быть выяснено число инструментов.

Если в одной операционной одновременно производится несколько операций, то не допускается «взаимообразно» пользоваться инструментами с другого стола.

16. Счет инструментов и салфеток должен быть точен. О малейшем сомнении операционная сестра должна сообщить хирургу. Никакого самоуспокоения или надежды «на авось» не должно быть: брюшная полость может быть закрыта только при полной уверенности в том, что в ней ничего не оставлено.

Педантичное соблюдение приведенных правил может предохранить хирурга от оставления в ране инородных тел.

19. ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАРАМЕТРИТЕ (ВОСПАЛЕНИИ ОКОЛОМАТОЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ) И ПЕРИТОНИТЕ (ВОСПАЛЕНИИ БРЮШИНЫ)

Старое правило, «ubi pus: ubi evacua» (гнойник должен быть опорожнен) остается в силе и в настоящее время.

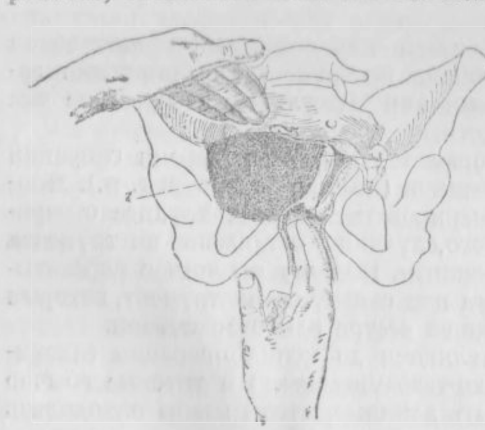


Рис. 273. Боковой параметрит; *а* — экссудат.

Поэтому хирургическое лечение гнойных параметритов и гнойных перитонитов сводится к инцизии (разрезу) и дренированию. Успех хирургического лечения в значительной степени зависит от умения своевременно находить очаг нагноения и от своевременного хирургического вмешательства.

Следует, однако, помнить, что хирургическое вмешательство является лишь частью общего лечения, которое должно быть направлено на всемерное поддержание сил больной в борьбе с инфекцией.

Н а г н о е н и е п а р а м е т р и ч е с к о г о и н ф и л ь т р а т а характеризуется размягчением и, в большинстве случаев, может быть установлено при помощи пальпации. Гнойник в параметрии может быть расположен сбоку от матки (рис. 273) или сзади от нее (рис. 274). В редких случаях может нагноиться ретровезикальная клетчатка (между шейкой матки и мочевым пузырем). Иногда наблюдается нагноение превезикальной клетчатки в cavum Retzii (так называемый plastron abdominal французских авторов). Боко-

вые параметриты могут подниматься из малого таза в большой, распространяясь ретроперитонеально (позадибрюшинно). Будучи предоставлены сами себе, гнойники могут доходить до кожи или до какого-нибудь полого органа и самопроизвольно прорываться через кожу наружу или в мочевой пузырь, или в прямую кишку. Боковые параметриты чаще всего вскрываются над пупартовой связкой. При нагноении cavum Retzii гной может пробиться через кожу на передней брюшной стенке по средней линии.

Никогда не следует доводить гнойник до самопроизвольного вскрытия, а при первых же признаках размягчения следует его опорожнить хирургическим путем.



Рис. 274. Задний параметрит: *a* — экссудат.

Разрезу всегда должна предшествовать **пробная пункция при помощи иглы со шприцем.** Пунктировать нужно в месте наибольшего размягчения (флюктуации). Иногда между размягченным участком и поверхностью кожи (или стенкой влагалища) имеется слой плотной инфильтрированной ткани. Поэтому нужно, постепенно продвигаясь иглой в глубину инфильтрата, время от времени потягивать поршень шприца. Как только игла попадает в гнойник, в шприц насасывается большее или меньшее количество гноя.

Никогда не следует пунктировать (а тем более делать инцизию) сбоку от матки (через боковой свод), так как при этом можно поранить маточные артерии и вены, и мочеточник. Если имеется боковой гнойник, то выгоднее выждать, пока гнойник подойдет к заднему своду или поднимется кверху — к пупартовой связке.

При заднем параметрите (parametritis posterior) (рис. 274) зеркала вводятся во влагалище, причем переднее зеркало (подъемник) заводят под шейку (рис. 88), которую поднимают зеркалом кпереди (к симфизу). После пробной пункции, если обнаруживается гной, иглу оставляют в гнойнике и по ней, как по проводнику, делают ножом инцизию. Концами корнцанга инцизионное отверстие расширяют и вводят в него толстую окончатую резиновую трубку (рис. 90—92). Таким образом, резиновую трубку вводят экстраперитонеально (внебрюшинно) (рис. 274).

Если инфильтрат приближается к передней брюшной стенке (над пупартовой связкой или вдоль гребешка подвздошной кости, или над

симфизом по средней линии), нужно, не дожидаясь прорыва гноя, сделать пробную пункцию, а затем, руководствуясь направлением иглы, сделать инцизию. Делается обыкновенно разрез (длиной в 4—6 см), причем кожу замораживают хлорэтилом. Если хлорэтила нет, можно дать легкий эфирный наркоз.

Иногда достаточно бывает надрезать кожу, чтобы подойти к гнойнику, что свидетельствует о том, что хирургическое вмешательство применено с опозданием. Обыкновенно приходится разрезать брюшную стенку послойно, причем обращает на себя внимание отечность тканей, которая увеличивается по мере приближения к очагу нагноения. По средней линии проходят через следующие слои: кожу с подкожной клетчаткой, переднюю стенку апоневротического влагалища прямых мышц, прямые мышцы.

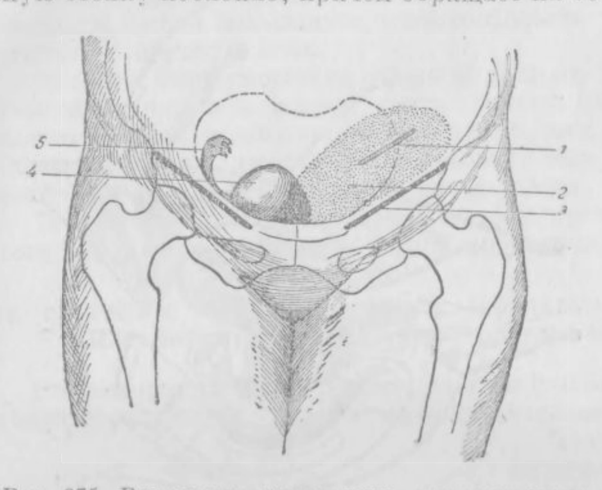


Рис. 275. Разрез при параметрите, распространяющемся к подвздошной ямке и выше пупартовой связки. Разрез производится выше пупартовой связки, отступя на 4—5 см кнаружи от tuberculum pubicum.
1—линия разреза; 2—экссудат; 3—пупартова связка; 4—матка; 5—труба.

При параметритах, распространяющихся кверху по направлению к подвздошной ямке и выше пупартовой связки, кожный разрез проводится выше последней, отступя на 4—5 см кнаружи от tuberculum pubicum (рис. 275), причем обычно перерезается art. epigastrica superficialis. Если гной не подошел еще к коже, производят послойный разрез (апоневроз, сухожильное растяжение наружной косой мышцы, края внутренней косой и прямой мышцы живота и поперечная фасция). Далее, по мере приближения непосредственно к очагу, удобнее действовать тупым путем, придерживаясь ближе к подвздошной кости. Брюшина при большом инфильтрате обычно отходит высоко кверху и в сторону. Дойдя до скопления гноя, нужно войти в гнойник пальцем (обязательно в перчатках!) и основательно разрушить перемычки и перегородки между мелкими гнойными ячейками. В полость гнойника вводят длинную резиновую дренажную трубку. Если гнойник доходит до влагалища, то имеет смысл ввести через инцизионное отверстие изогнутый корнцанг с тупыми (закругленными) концами, при помощи которого выпячивается стенка влагалища. Над корнцангом, выпячивающим стенку влагалища, в зеркалах делают разрез, в который продвигают корнцанг. Таким образом, делается контрапертура. Концом корнцанга захватывают длинную резиновую дренажную трубку, которую выводят в инцизионное

отверстие на коже (рис. 276). В дальнейшем дренажную трубку постепенно подтягивают снизу, а дренажный ход вверху постепенно зарастает.

В редких случаях, когда инфильтрат расположен между мочевым пузырем и шейкой матки, нужно в зеркалах обнажить шейку и передний свод и, захватив пулевыми щипцами шейку матки, сделать пункцию. В переднем своде, придерживаясь шейки матки, делают поперечный разрез, далее, тупо, чтобы не поранить мочевого пузыря, пальцем продвигаться по игле к гнойнику.

Своевременное хирургическое вмешательство значительно сокращает течение параметритов и предохраняет от самопроизвольного опорожнения гнойников в полые органы (мочевой пузырь, кишка).

При ограниченных пельвеоперитонитах (pelveoperitonitis circumscripta), особенно при скоплении гноя в дугласовом кармане (pelveoperitonitis purulenta posterior), показана предварительная пункция с последующей задней кольпоцелиотомией.

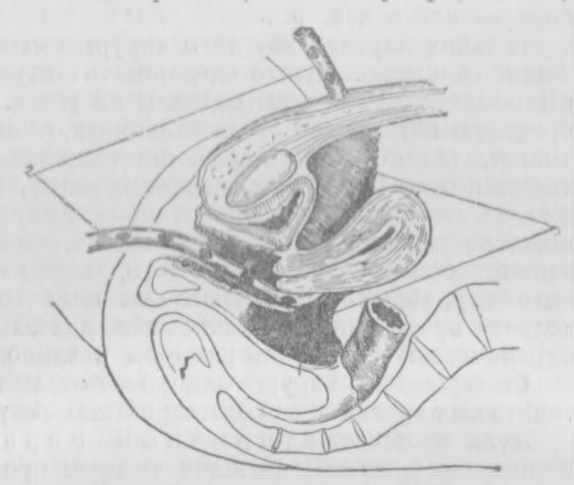


Рис. 276. Через контрапертуру в заднем своде резиновая дренажная трубка, введенная в инцизионное отверстие выше пупартовой связки, выводится во влагалище.

1—экссудат; *2*—дренаж.

Кольпоцелиотомию для дренирования дугласова кармана (excavatio recto-uterina) можно сделать либо в виде инцизии (см. стр. 64), либо в виде типичной colpocoeliotomia posterior (стр. 63). Мы предпочитаем инцизию ножом с последующим расширением инцизионного отверстия корнцангом.

Имеет большое значение по возможности точное выяснение этиологии пельвеоперитонита и характера полученной при помощи пункции жидкости. При гонорройной этиологии пельвеоперитонит вначале протекает весьма бурно, но довольно быстро все явления стихают и экссудат вскоре рассасывается без всякой инцизии. При остром гонорройном пельвеоперитоните экссудат бывает серозный. Лишь при смешанной инфекции может образоваться настоящий абсцесс дугласова пространства.

При скоплении гноя в полостях, имеющих собственную стенку (например, пиосальпинкс, нагноившаяся киста) и лишь спустившихся в дугласов карман, не рекомендуется делать инцизию с последующим дренированием. В этих случаях инцизия первично дает, несомненно, благоприятный эффект, но в дальнейшем может образоваться «веч-

ный» гнойный свищ. В таких случаях можно, если имеются показания, прибегнуть к чревосечению для удаления гнойной опухоли и закончить, если нужно, операцию либо тампонадой по Микуличу (см. стр.171) через брюшную рану, либо дренированием малого таза через задний свод со стороны брюшной полости (см. стр. 279).

Гораздо сложнее и опаснее положение при диффузном перитоните (акушерского или гинекологического происхождения).

Общий перитонит может быть первичный и вторичный.

Первичный перитонит развивается как реакция брюшины на внедрение инфекции в результате какой-нибудь катастрофы в брюшной полости (разрыв пиосальпинкса или нагноившейся кисты, прободение матки и т. п.).

В таких случаях вопрос о хирургическом вмешательстве не подлежит сомнению. Нужно оперировать экстренно и чем раньше операция сделана, тем больше надежды на успех. Нужно широко вскрыть брюшную полость (по средней линии) и, если состояние больной позволяет, удалить гной марлевыми салфетками, а, главное, удалить гнойный очаг (кисту, пиосальпинкс, матку, аппендикс). Обыкновенно в таких случаях применяется тампон Микулича. Хотя дренирующее действие тампона в общем ограничено, но благодаря ему ограничивается гнойный очаг и, кроме того, тампон сам по себе является, по-видимому, хорошим раздражителем. Если состояние больной не позволяет предпринимать какие-либо длительные манипуляции, мы ограничиваемся широким разрезом и тампонадой.

Своевременное хирургическое вмешательство при первичном перитоните дает сравнительно благоприятные результаты.

Хуже протекает вторичный перитонит, при котором воспаление брюшины является частным проявлением общего септического заболевания (sepsis peritonealis), например, в послеродовый, послеабортный период или после операции. Тем не менее наблюдения показывают, что и в этих почти безнадежных случаях можно спасти больную, если оперировать тотчас после диагносцирования перитонита или, вернее, в первые 12—24 часа после появления перитонеальных явлений. В этих случаях нужно широко вскрыть брюшную полость. Кроме срединного разреза, обыкновенно делают по разрезу с обеих сторон, несколько выше гребня подвздошных костей (crista ossis ilei). Боковые разрезы делают следующим образом. Длинный изогнутый корнцанг вводят в срединный разрез и им выпячивают боковую стенку живота. Над корнцангом делают разрез. Гной отсасывают осторожно марлевыми салфетками, после чего вводят через средний разрез тампон Микулича, а в боковые разрезы вводят по два-три марлевых выпускника с каждой стороны. Резиновых дренажей мы не применяем. Разрезы, особенно средний, само собой разумеется, нужно на большем протяжении зашить, оставив отверстие для марлевых тампонов.

Дренирование через задний свод при диффузном перитоните не имеет смысла.

Ввиду того, что в борьбе с общим перитонитом своевременная операция является единственным средством, которое может дать надежду

на спасение больной, операция должна быть выполнена немедленно после обнаружения первых признаков перитонита без излишних колебаний и выжиданий. Не меньшее значение, чем операция, имеет правильный уход и лечение, которые должны заключаться в поддержании сил больной, в особенности сердечной деятельности, и в возбуждении кишечной перистальтики (см. главу 20).

20. ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

а) Перевязка и уход за операционной раной после чревосечений

Выше при описании отдельных операций указывался и способ закрытия раны.

После абдоминальных операций мы в подавляющем большинстве случаев закрываем брюшную полость наглухо. Линию швов закрывают легкой марлевой повязкой с тонкой прослойкой ваты в ней. Мы, как правило, не бинтуем живота после чревосечения. Повязка приклеивается коллодием или клеолом. Для лучшего прилегания слоев брюшной стенки в области раны, отчасти и с целью гемостаза, мы в течение первых двух суток кладем на рану (на линию швов) длинный, плоский мешочек с песком, который заворачиваем в чистое полотенце или вкладываем в специально сшитую наволочку. Мешки с песком нужно время от времени стерилизовать. Вместо тяжести в виде мешочка с песком можно назначить мешок (пузырь) со льдом в течение первых суток. Кроме гемостатического действия, тяжесть, положенная на живот, вызывает у больных и весьма благоприятное субъективное ощущение какой-то поддержки, в особенности при рвотных или кашлевых движениях. Холод обладает несомненным болеутоляющим действием.

Нужно следить, чтобы пузырь со льдом был обернут в чистое полотенце и не протекал.

При нормальном течении послеоперационного периода лед или тяжесть не следует держать дольше 2 дней. В течение этого срока тяжесть или лед следует время от времени снимать.

До снятия швов повязку не следует снимать или менять, если к этому нет специальных показаний, как, например, пропитывание кровью, неплотное приклеивание, повышение температуры и т. п.

После чревосечения швы снимаются обычно на 8-й день после операции. У молодых здоровых женщин можно снять швы и на 7-й день и даже на 6-й. Мы не видим, впрочем, особой надобности или преимущества от слишком раннего снятия швов. Если раннее снятие швов не имеет, по нашему мнению, преимуществ, то в некоторых случаях имеет смысл, наоборот, задержать на несколько дней снятие швов. Так, у старух, у истощенных или анемичных особ или при раковом истощении полезно снимать швы на 2—3 дня позднее (на 10—11-й день). Особенно важно не спешить со снятием швов при наличии осложнений в виде пневмонии, длительной рвоты, резкого вздутия кишечника на почве пареза и тому подобных осложнений, препятствующих нормальному заживлению раны.

Таким образом, снятие швов позднее 8-го дня после операции показано как раз в тех случаях, когда выгодно зашивать апоневроз не

непрерывным кетгутовым швом, а отдельными узловыми лигатурами (кетгутовыми).

Шелковые швы снимают ножницами и пинцетом, а металлические скобки — специальным инструментом или двумя хирургическими пинцетами. После снятия швов уколы смазывают иодом и на линию швов накладывают коллодиевую или клеоловую повязку, состоящую из сложенной в несколько слоев марлевой полоски. Через 2—3 дня после снятия швов можно больше не заклеивать рубца; при помощи бензина нужно основательно почистить кожу.

Если в послеоперационном периоде, особенно на 4—5-й день, повышается температура, нужно прежде всего снять повязку и проконтролировать состояние брюшной раны (швов). В случае нагноения необходимо специальное лечение (см. ниже). Равным образом, необходимо выяснить состояние культей (наличие экссудата или инфильтрата в параметрии или в брюшине малого таза). Если состоянием швов и культей нельзя объяснить повышение температуры, то причину нужно искать в чем-нибудь другом (заболевание мочевых органов, легких и т. д.).

Если абдоминальная операция закончилась тампонадой по Микуличу и в нижнем отделе брюшной раны имеется незашитое отверстие, через которое выведены концы тампонов, то лучше живот забинтовать и таким образом закрепить повязку, которая должна быть рыхлой, для того, чтобы впитать отделяемое затампонированной полости (кровь, гной).

При изложении отдельных операций мы уже рассматривали вопрос о показаниях к тампонаде по Микуличу.

Если повязка при тампонаде по Микуличу сильно промокает, то в первый день после операции можно только подложить сверху свежий материал (стерильные марлевые салфетки, вату, лигнин) и подбинтовать. На следующий день нужно снять промокшую повязку и, не трогая тампона, перевязать рану стерильным материалом. На четвертый день после операции, как уже указывалось, мы начинаем подтягивать бинт, которым был выполнен марлевый мешок. Бинт легко найти по отметке (по шелковой лигатуре, которой был прошит конец бинта). Прежде чем потянуть бинт вверх (двумя пинцетами), нужно осторожно потянуть его конец в разные стороны, как бы расшатать его, благодаря чему он легче извлекается. На первый раз мы ограничиваемся извлечением части (половины) бинта. На следующий день извлекается весь бинт. После извлечения бинта концы марлевого мешка следует подрезать, однако не очень коротко. Если повязка промокает, ее нужно ежедневно сменять. На 7-й день после операции начинают постепенно ежедневно извлекать мешок, перебирая и подтягивая двумя пинцетами его края. Обычно на 9-й день остаток марлевого мешка легко извлекается. Одновременно с извлечением тампона снимают и кожные швы. При извлечении марлевого мешка нужно руководствоваться правилом: прекращать извлечение, как только появляется малейшее свежее кровотечение из грануляций, которыми окружен тампон. После извлечения тампона нужно промыть рану (канал) перекисью водорода, после чего налить в нее стерильного вазелинового масла и положить обыкновенную сухую повязку, которую следует менять ежедневно. Когда канал

выполняется грануляциями доверху и кожная рана покрывается чистыми грануляциями, можно соединить края раны двумя-тремя шелковыми лигатурами. Полезно предварительно освежить стенки кожной раны острой кюреткой.

После влагалищных операций уход за операционной раной несколько отличается от ухода за раной после чревосечения. После зашивания промежности (и вообще после влагалищных операций) мы никогда не применяем закладок. Швы с промежности снимаются на 6-й день (на 5-й дается слабительное). Перед снятием швов нужно подмыть больную из эсмарховской кружки слабым раствором Kalii hypermanganici и обсушить кожу стерильными марлевыми салфетками. Линию швов смазывают иодом, а кожу промежности — стерильным вазелиновым маслом.

Выше, при описании операции, было уже сказано, что после зашивания промежности нужно держать больную на скудной, преимущественно жидкой диэте, для того чтобы у нее не было стула до 5-го дня, когда края кожи обычно уже хорошо соединяются. Для того чтобы края раны хорошо срослись, нужно следить за тем, чтобы больную подмывали после каждого мочеиспускания, а после подмывания смазывали промежность вазелиновым маслом. Особенно важна для нормального заживления раны на промежности правильная и бережно производящаяся катетеризация или, вернее, бережное разведение половой щели. Неопытные сестры (и врачи) слишком грубо производят эту манипуляцию, вследствие чего травматизируются и расходятся верхние швы (спайка). Что касается операционной раны во влагалище, то мы никогда не шьем шелком при влагалищных операциях и поэтому не приходится снимать швов. Обычно с 7—8-го дня после влагалищной операции, а при влагалищной операции с зашиванием промежности — после снятия швов — влагалище промывают ежедневно через резиновый катетер раствором риваноля. С 8-9-го дня полезно спринцевать влагалище (под небольшим давлением) слабым раствором иода.

Если при влагалищной экстирпации матки дугласов карман дренируется при помощи марлевого бинта, то тампон извлекают на 5-й день. Извлекать тампон в зеркалах нужно осторожно, не форсируя. Если тампон извлекается с трудом, то лучше после извлечения части тампона оставить дальнейшее извлечение до следующего дня. После окончательного удаления тампона нужно (в зеркалах) смазать иодом влагалищную рану и ввести еще на 1—2 дня марлевый выпускник. В дальнейшем полезно промывать влагалище перекисью водорода и спринцевать слабым раствором иода, как описано выше.

Снятие швов, смену повязок и извлечение тампонов, как после чревосечений, так и после влагалищных операций, нужно производить обязательно на перевязочном столе или на гинекологическом кресле.

б) Ведение нормального послеоперационного периода

В послеоперационный период каждая больная нуждается в индивидуальном уходе сообразно особенностям операции, особенностям ее психики, условий жизни и тому подобных моментов.

Каждая больная после операции нуждается в специальном уходе, но с учетом в каждом случае индивидуальных особенностей.

В каждом более или менее крупном хирургическом отделении нужно иметь специальную палату для помещения в нее в течение первых суток оперированных больных. В течение первых суток больная должна находиться под постоянным наблюдением дежурной медицинской сестры (специальный пост). Сестра, работающая в послеоперационной палате, во время своего дежурства у оперированных больных, не должна совмещать эту работу с работой в других палатах, чтобы иметь возможность сосредоточить все свое внимание на уходе за оперированными. Уходя из палаты по какому-нибудь делу, она должна на это время оставить в палате кого-либо из персонала, вместо себя.

Еще до окончания операции должна быть приготовлена каталка с согретым бельем, для того чтобы перевезти больную с операционного стола в палату. В палате должна быть приготовлена для больной чистая согретая постель. Больную тепло одевают (двумя одеялами). Полезно к ногам больной положить грелки, особенно, если больная потеряла много крови или подверглась длительной операции. Грелки должны быть не очень горячие, а главное, их нужно размещать поверх одеяла, а не непосредственно к ногам. У больных, находящихся под общим наркозом, особенно после спинномозговой анестезии, очень легко и быстро могут получиться ожоги, являющиеся иногда тяжелым осложнением после операции. Поэтому пользоваться грелками нужно с большой осторожностью.

После общего наркоза не следует в первые сутки подкладывать под голову подушку, а после спинномозговой анестезии, наоборот, лучше подушку положить сейчас же после операции.

У некоторых больных наблюдается в период пробуждения от наркоза (особенно после гексеналового) состояние возбуждения, иногда достигающее значительной степени. Если больная ведет себя неспокойно, можно осторожно привязать ее к кровати широкими полотенцами или простынями в области коленных суставов. Ни в коем случае нельзя привязывать больную в области живота или груди. Выше было уже указано, что после зашивания промежности мы, как правило, завязываем на 5—6 дней ноги полотенцем (крестообразно) в коленных суставах. Это делается для того, чтобы обеспечить промежности и мышцам тазового дна максимальный покой, благоприятствующий заживлению послеоперационной раны. Однако это не мешает больной производить активные движения в постели и даже сгибание ног.

Если моторное возбуждение у больных, находящихся еще в состоянии посленаркозного сна, усиливается, то их приходится придерживать. Нужно удерживать больных за суставы (плечевые, локтевые, коленные), но ни в коем случае не держать их за длинные кости во избежание переломов последних.

После наркоза наблюдается иногда асфиксия вследствие западания корня языка. Сестра должна внимательно следить за этим и поддерживать челюсть до тех пор, пока у больной не появится ясно выраженный глотательный рефлекс (больная перестает «давать челюсть»).

Обычное явление после наркоза — это рвота, которая продолжается несколько часов, а иногда одни или даже двое суток. Более упорная и продолжительная рвота выходит уже за пределы так называемого нормального послеоперационного течения и свидетельствует о послеоперационном осложнении (см. ниже). Под руками у сестры должен быть подковообразный лоток и полотенце. Во время рвоты голову больной нужно повернуть набок и приподнять несколько соответствующее плечо. Благодаря этому рвотные массы не аспирируются больной. После каждой рвоты нужно тщательно вытереть лицо и рот больной и удалить концом полотенца из защечного пространства остатки рвотных масс.

Будить больную после наркоза, если для этого нет специальных показаний, не следует. Для улучшения и углубления дыхания и, следовательно, для улучшения сердечной деятельности мы рекомендуем применение вдыхания угольной кислоты (CO_2). Уже во время наркоза полезно время от времени давать углекислоту; эти вдыхания полезно продолжать в течение первых двух суток после операции и особенно в течение первых 6 часов. Для вдыхания углекислого газа очень удобно пользоваться подушкой, снабженной резиновым катетером. Конец катетера смазывают вазелином и вводят в ноздрю.

После того как больная просыпается и приходит в себя, ее нужно развязать (если она была завязана). К вечеру можно разрешить больной согнуть ноги, причем хорошо подложить под колена специальный валик, подушку или свернутое валиком одеяло. Вечером, после операции, можно позволить больной и другие легкие активные движения в постели.

После прекращения действия наркоза больные обычно жалуются на боли. Боли нередко продолжаются в течение следующих двух дней. Поэтому нами назначается для облегчения страданий больной в течение первых 2—3 суток морфин или пантопон, исходя не только из соображений гуманности, но и из желания улучшить общее состояние больной: уменьшение болей улучшает работу сердца и, кроме того, под влиянием морфина или пантопона наступает спокойный сон, что также способствует быстрому восстановлению сил. У некоторых больных от морфина появляется рвота; в этих случаях следует применять пантопон. Больше чем в течение первых 3 дней наркотики применять не следует (если нет специальных показаний), так как больные легко к ним привыкают и требуют морфин и тогда, когда никаких болей не ощущают.

После общего эфирного наркоза нередко наблюдается скопление в дыхательных путях слизи, которую больные боятся откашлять. Вдыхание углекислоты способствует выделению слизи. Улучшают дыхание и способствуют отделению слизи и сухие банки, которые мы охотно назначаем вечером как в день операции, так и на следующий день после операции.

Необходимо внимательно следить за пульсом и температурой у оперированных больных. Обычно после операции частота и наполнение пульса могут колебаться в связи с пробуждением и особенно с рвотой. Однако при нормальном течении послеоперационного пе-

риода пульс довольно быстро выравнивается и частота его соответствует 70—80 ударам в 1 минуту.

Температура в первые 3 дня после операции нередко повышается до 38—38,5°. Обычно на 4-й день температура спадает и в дальнейшем уже подъема температуры не бывает. Если повышение температуры продолжается или впервые появляется после 3—4-го дня, то это свидетельствует о возникновении какого-нибудь осложнения инфекционного характера. Как было указано выше, причину этого следует прежде всего искать со стороны операционного поля (швы) и, если со стороны последнего ничего патологического не обнаруживается, тогда нужно искать причину в заболевании других органов.

Отдельные больные мочатся самостоятельно уже вечером в день операции. В большинстве случаев приходится оперированным спускать мочу вечером в день операции и утром на следующий после операции день. Спускать мочу нужно с соблюдением всех правил асептики и обязательно хорошо освещать половую щель, если мочу спускают ночью. Обычно на 2-й, самое позднее на 3-й день, больные начинают мочиться самостоятельно. Если все же, урия (задержка мочеиспускания) продолжается, то должны быть приняты специальные меры (см. ниже). В течение первых 4 дней нужно измерять количество мочи и, кроме того, пальпацией контролировать состояние мочевого пузыря, ибо иногда больные неполностью опорожняют его при мочеиспускании, в результате чего мочевой пузырь переполняется и растягивается до огромных размеров. При переполненном мочевом пузыре может наблюдаться явление, называемое парадоксальной ишурией (ischuria paradoxa); последняя состоит в том, что моча самопроизвольно вытекает вследствие переполнения мочевого пузыря и растяжения его сфинктера. Подтекание мочи заставляет, конечно, прежде всего подумать о нарушении целости мочевого пузыря (о мочевой фистуле), однако установление переполнения последнего сразу объясняет истинную причину подтекания (если нет свища мочеточника). Прежде чем прибегнуть к катетеризации нужно испробовать все средства, чтобы побудить больную помочиться самостоятельно. Судно, которое подкладывают под больную, должно быть согрето. Иногда помогает пузырь с теплой водой, положенный на низ живота, или такое простое мероприятие как обливание наружных половых органов теплой водой. Во всяком случае, ухаживающий персонал должен проявлять много терпения, ибо нередко моча появляется после того, как больная находится на судне более или менее продолжительное время, в течение которого расслабляется сфинктер мочевого пузыря.

Как только больные просыпаются, а после спинномозговой анестезии — сразу после операции, у них появляется сильная жажда. Больные просят пить. В день операции не следует поить больных, так как питье может способствовать появлению рвоты. На 2-й день, а после спинномозговой анестезии — вечером в день операции, можно разрешить поить больных небольшими порциями чистой остуженной кипяченой воды, воды с лимоном или несладкого чая. Сладкое питье вызывает брожение и образование газов в кишечнике. Если на 2-й или 3-й день после операции продолжается рвота при отсутствии при-

знаков перитонита, то имеет смысл разрешить обильное питье. Выбрасывание рвотными толчками выпитой жидкости является в этих случаях своего рода промыванием желудка.

Питание в послеоперационном периоде зависит от характера операции. Выше было неоднократно указано, что после операции на промежности (тазовом дне) и прямой кишке мы в течение первых 5—6 дней держим больных на полуголодной жидкой диэте. Больные охотно и легко переносят этот режим, и очень редко приходится слышать жалобы на голод. В течение 4 дней пищевой режим в этих случаях сводится к следующему. В день операции больные ничего не получают (как после любой большой операции). На второй день после операции больные получают чай, морс, сладкий кофе с молоком; на третий день дается чай, морс, кофе, бульон с 1—2 простыми сухарями и постная манная каша (сладкая), фруктовые соки; на четвертый день можно, кроме перечисленного, дать кисель к бульону 2—3 сухаря или бисквита, молочную манную кашу, печеное или протертое сырое яблоко; на пятый день стол может быть усилен: утром можно дать кофе с молоком, яйцо всмятку, хлеб, на второй завтрак — булочку (белый хлеб) с молоком, кофе; на обед — бульон с заправкой, протертое мясо с картофелем и т. п., компот, кисель, на ужин — свежей сметаны, творогу, свежей ветчины, хлеба, яичницу и т. п.

На пятый день после операции на промежности и на шестой — после операции на прямой кишке (при разрыве III степени) дается слабительное, после чего может быть назначен общий стол (из абсолютно свежих продуктов), причем желательно назначать фрукты. В дальнейшем — до 10—12-го дня нужно заботиться об ежедневном самостоятельном (без клизм) стуле, для чего можно назначать легкие слабительные средства (сложный лакричный порошок, пурген, cascara sagrada и т. п.). Фрукты и простокваша также способствуют правильному отправлению кишечника в послеоперационном периоде.

Диэта в первые 4 дня после гинекологических чревосечений или после влагалищных операций (кроме операций на промежности и прямой кишке) при нормальном течении послеоперационного периода мало отличается от вышеприведенного пищевого режима. Однако уже на 3-й день можно разрешить фрукты, белый хлеб, яйца, сметану, молочную кашу. После слабительного, которое дается на 4-й день (если в нем есть нужда), диэта может быть усилена до обыкновенного общего стола с прибавлением компотов, фруктов и тому подобных продуктов, богатых витаминами.

В первые сутки после операции газы обычно не беспокоят больную, но уже на 2—3-й день наблюдается более или менее значительный метеоризм. Скопление газов нередко зависит от спазма сфинктера заднего прохода. В этих случаях может принести облегчение применение газоотводной трубки. Газоотводную трубку нельзя назначать после операции по поводу полного разрыва промежности. Трубку не следует оставлять в прямой кишке больше получаса. Дальнейшее

пребывание трубки бесполезно и только беспокоит больную. Если нужно, газоотводную трубку можно вводить неоднократно. Мы охотно применяем для борьбы с газами уже со 2-го дня после операции небольшие клизмы с гипертоническим раствором поваренной соли (200 см³ 10% раствора поваренной соли комнатной температуры). Эти клизмочки хорошо переносятся и почти всегда оказывают благоприятное действие. В течение дня можно сделать, если нужно, 2—3 клизмы.

Клизмы с гипертоническим раствором поваренной соли противопоказаны при трещинах заднего прохода, геморрое и хроническом воспалении слизистой оболочки прямой кишки.

Если несмотря на клизмочки из поваренной соли метеоризм продолжает беспокоить больную, можно испробовать маленькую глицериновую клизмочку (15 см³ глицерина и 15 см³ теплой воды), действие которой часто бывает весьма эффективным. На 3-й день можно, если нужно, назначить обычную водную или мыльную клизму. В случаях упорного метеоризма нужно применить сифонную клизму и другие мероприятия (см. ниже).

На 4-й день после операции обычно назначают слабительное (Ol. Ricini, средние соли). В дальнейшем нужно регулировать функцию кишечника преимущественно средствами диэтетическими (простокваша, кефир, фрукты). При запорах можно прибегнуть к обыкновенным очистительным клизмам.

Выше было упомянуто, что уже вечером в день операции можно позволить больной согнуть ноги и слегка повертываться. На 2-й день после операции больную нужно обязательно повертывать на бок и побуждать ее к возможным активным движениям в постели. На 3-й день больная обычно уже сама может (и должна) поворачиваться на бок. На 4-й день больной можно позволить самостоятельно подтянуться на подушку. После чревосечений на 9—10-день разрешается сидеть со спущенными ногами, вставать. На 10—11-й день разрешается ходить и на 12—14-й день больных выписывают. При небольших чревосечениях (небольшая киста, суправагинальная ампутация матки и т. п.) крепким особам можно разрешить сидеть и ходить на 1—2 дня раньше.

Таким образом, мы являемся сторонниками ранних активных движений после операции, но совершенно не разделяем крайностей в виде хождения на 4—6-й день с неснятыми еще кожными швами, выписки на 8—9-й день после чревосечения и т. п.

После влагалищных пластических операций с восстановлением тазового дна мы предпочитаем подольше выдерживать больных в постели для того, чтобы обеспечить образование прочного послеоперационного рубца. Обыкновенно мы в этих случаях поднимаем больных не ранее 10—11-го дня.

В послеоперационной палате больные находятся обыкновенно 1 сутки, а затем переводятся в общую палату. На психику больных в большинстве случаев хорошо действует возвращение именно «в свою» палату, из которой их взяли на операцию и к обстановке которой они успели привыкнуть за время пребывания в ней до операции.

Само собой понятно что оперированные больные, как впрочем, и все больные вообще, нуждаются в тщательном уходе, в содержании в образцовой чистоте как самой больной, так и ее постели, белья, палаты и всех предметов (например, подкладных судец), соприкасающихся с ней. Большое внимание нужно уделять содержанию в чистоте полости рта, особенно у ослабленных больных, так как возникновение в послеоперационном периоде паротита, несомненно, связано с состоянием полости рта.

Тщательный уход за больной и забота о ней благоприятно отражаются на послеоперационном течении; больные с лабильной психикой нуждаются в специальных лечебных мерах для успокоения нервной системы. В таких случаях назначаются препараты брома, бромистая камфора, ландышевые капли с валерианой, люминал и тому подобные средства.

После спинномозговой анестезии, как правило, назначаются ежедневно инъекции кофеина один — два раза в сутки в течение 6 дней.

В каждом гинекологическом отделении должна быть специальная палата для изоляции больных с тяжелыми послеоперационными осложнениями.

в) Осложнения в послеоперационном периоде

Шок. Под шоком подразумевается своеобразное состояние, которое зависит преимущественно от паралича вазомоторного центра. Масса крови оттекает в парализованные расширенные сосуды брюшной полости вследствие паралича n. splanchnici. Лицо больной приобретает в связи с этим бледносерый цвет, конечности холодеют, черты лица заостряются, глаза западают, лицо покрывается холодным потом. Пульс делается слабым и едва прощупывается, причем не учащается, а иногда он даже несколько замедляется. Зрачки расширяются и слабо реагируют. Дыхание становится поверхностным и неправильным. Температура обычно падает ниже нормы. Иногда наблюдается отрыжка и рвота. Сознание обыкновенно сохранено, но больная вяло реагирует на окружающее. Кровяное давление резко падает.

В легких случаях шока все явления при надлежащем покое проходят самостоятельно. В тяжелых случаях необходимы срочные терапевтические мероприятия.

Для возбуждения вазомоторных центров и, в частности, n. splanchnici, необходимо ввести под кожу возбуждающие средства в виде стрихнина и кофеина. Хорошо действует раздражение кожи, особенно лица. Мы охотно растираем лицо полотенцем до появления хотя бы слабого румянца. В тяжелых случаях нужно ввести под кожу или даже внутривенно физиологический раствор поваренной соли с адреналином, причем за один раз не следует вводить более 300—400 см^3. Вместо физиологического раствора соли можно ввести 5% раствор глюкозы или смесь (в равном количестве) 5% раствора глюкозы с физиологическим раствором. Адреналин можно и нужно вводить подкожно повторно в маленьких дозах (по 0,2—0,3 см^3) для того, чтобы предупредить расслабление сосудов, наступающее нередко после сокращения, вызванного адреналином. Физиологический ра-

створ поваренной соли или глюкозы (с адреналином) можно вводить в виде капельных клизм.

Больная должна быть положена с низко опущенной головой и приподнятыми конечностями для улучшения притока крови к продолговатому мозгу. При расстройстве дыхания (ослаблении) необходимо делать искусственное дыхание.

Лучшим профилактическим средством послеоперационного шока является правильная подготовка больной (сердца) до операции, хороший наркоз и бережное, по возможности, не слишком длительное оперирование.

В случае гемолитического шока, т. е. шока, вызванного переливанием несовместимой крови, нужно немедленно сделать переливание одногруппной крови.

Коллапс. Картина коллапса чрезвычайно сходна с шоковым состоянием и нередко их трудно разграничить. Коллапс зависит от острого упадка сердечной деятельности Пульс учащается, становится слабым. Кровяное давление падает. Лицо делается цианотичным (вследствие застоя венозной крови). В отличие от шока больные впадают в обморочное (бессознательное) состояние. Коллапс нередко возникает в результате слишком большой продолжительности операции и наркоза, охлаждения больной и большой кровопотери.

Для борьбы с коллапсом нужно прежде всего применить средства, возбуждающие сердечную деятельность, главным образом повторное введение под кожу 01. Camphorae в больших дозах. Очень хорошо и быстро тонизирует сердце введение в вену 25 или 40% глюкозы (50—60 см^3) с прибавлением 2—3 капель T-rae Strophanti. Само собой разумеется, что все средства, которые применяют при шоке, должны быть применены и в случае коллапса.

Как при шоке, так и при коллапсе показано переливание крови. Больная должна быть, кроме того, согрета при помощи теплого белья или грелок. Нужно быть чрезвычайно осмотрительным, чтобы не причинить ожогов больной, для чего грелки или пузырь с теплой водой должны быть тщательно завернуты.

Таким образом, лечение коллапса в общем не отличается от лечения шока. Равным образом и профилактика коллапса не отличается от мер предупреждения послеоперационного (или операционного) шока.

Кровотечение, анемия. Анемия может наступить в результате большой кровопотери до операции (например, при внематочной беременности) или во время самой операции. В послеоперационный период может наблюдаться острая анемия на почве вторичного кровотечения. Вторичное кровотечение после гинекологических операций наблюдается, к счастью, редко.

Кровотечение после влагалищных операций легко обнаружить, ибо кровь обыкновенно вытекает наружу через влагалище. Больную следует немедленно взять на операционный стол или гинекологическое кресло и, соблюдая строжайшим образом, все правила асептики затампонировать влагалище или захватить кровоточащий сосуд. Если захваченный сосуд не удается быстро перевязать, а состояние больной не позволяет долго задерживаться, то рационально будет

оставить зажимы (обыкновенно длинные кохера) на сосудах на 48 часов, после чего их можно снять, так как к этому времени захваченные сосуды уже в достаточной степени тромбозируются.

Гораздо труднее обнаружить внутреннее кровотечение после чревосечения. Однако внимательное наблюдение за пульсом и цветом лица и слизистых оболочек больной (бледность), а также иногда данные пальпации и перкуссии позволяют поставить правильный диагноз. Само собой понятно, что единственно правильное лечение заключается в таких случаях в немедленной релапаротомии (повторное чревосечение) для обнаружения и перевязки кровоточащего сосуда. Если анемия быстро нарастает, нужно зажать аорту кулаком или при помощи жгута Момбурга, пока все будет приготовлено для операции.

Анемию нужно лечить прежде всего переливанием крови с соблюдением всех правил этой операции. Больная после остановки кровотечения должна быть положена с опущенным головным концом кровати (положение Кларка) и с высоко поднятыми ногами, которые полезно забинтовать для того, чтобы больше крови притекало к продолговатому мозгу (своего рода аутотрансфузия). В остальном лечение острой анемии совершенно тождественно с лечением шока и коллапса (сердечные, введение глюкозы и физиологического раствора поваренной соли с адреналином, согревание и т. п.). Больную, потерявшую много крови, нужно поить сладким горячим чаем или черным кофе· Нужно твердо помнить, что даже после выведения больной из состояния шока в результате острой кровопотери ее нельзя оставлять без специального и внимательного наблюдения не менее 6 часов, потому что нередко поправившаяся, казалось бы, после тяжелого состояния больная вновь неожиданно обнаруживает признаки острой сердечной слабости. Упустить этот момент значит потерять больную.

Ч р е з м е р н а я р в о т а. Выше было уже указано, что рвота в послеоперационном периоде наблюдается нередко и, повидимому, зависит от общей интоксикации. Несомненную роль в этом отношении играет качество наркотического вещества. Чем чище и свежее наркотическое вещество, чем меньше оно залежалось в шкафу или стояло открытым, тем менее больные страдают от рвоты. Иногда рвота зависит, как было указано, от морфина, и чем дольше вводится морфин, тем дольше продолжается рвота.

Если рвота продолжается дольше второго дня после операции, то это свидетельствует о глубокой интоксикации или о других, более серьезных, причинах (начинающийся перитонит, острое расширение желудка, непроходимость кишечника). Тщательное исследование больной и анализ полученных данных позволяют более или менее точно диференцировать причину рвоты.

Лучшим средством при чрезмерной рвоте является промывание желудка чистой водой. В целях борьбы с интоксикацией, вызывающей рвоту, и с обезвоживанием организма в результате рвоты нужно вводить под кожу или в виде капельных клизм физиологический раствор поваренной соли или 5% раствор глюкозы. Иногда помогает назначение грелки на область желудка, бромистые клизмы (1,0 Natrii

bromati на 50—100 см³ воды) и питье (глотками) воды с иодной настойкой (2—3 капли на стакан воды).

После рвоты больная должна прополаскивать рот.

Если рвота является симптомом начинающегося перитонита или паралича кишечника, то все меры должны быть направлены к борьбе с основным заболеванием.

Иногда больные, страдающие длительно и упорно рвотой, жалуются после прекращения последней на тошноту. Тошнота в этих случаях может зависеть от голода и проходит от приема незначительного количества пищи.

Икота. Изредка в послеоперационном периоде наблюдается весьма тягостный симптом — икота. Икота появляется уже на второй день и может продолжаться беспрерывно и день, и ночь. В некоторых случаях икота бывает настолько громкой, что она слышна в коридоре или в соседних палатах. Икота может быть симптомом перитонита, но в этом случае она обычно сопровождается рядом других, характерных для перитонита, симптомов. Икота, как и рвота, зависит большей частью от интоксикации. Для лечения можно применить те же средства, которые применяют при рвоте. Иногда икота наблюдается у нервных и истеричных людей и зависит от психогенных моментов. Нам однажды пришлось наблюдать исключительно упорную икоту после операции у врача. Послеоперационный период в этом случае протекал, за исключением икоты, совершенно нормально. Психотерапия очень быстро прекратила икоту.

Расстройства со стороны кишечника. Выше (см. Ведение нормального послеоперационного периода) были указаны меры борьбы с метеоризмом, который сплошь и рядом наблюдается в первые двое суток после операции. Если метеоризм упорно продолжается и к тому же достигает значительных степеней, то это является серьезным осложнением, указывающим на паретическое состояние кишечника. Вздутие кишечника может стоять в связи со спазмом сфинктера заднего прохода или спазмом отдельных участков кишечника. Чрезмерное вздутие кишечника затрудняет дыхание и работу сердца и в то же время нарушает резистентность эндотелия брюшинного покрова кишечника.

Упорное паретическое состояние кишечника может являться одним из симптомов перитонита.

Если клизмы из гипертонического (10%) раствора поваренной соли или глицериновые микроклизмы (см. выше) не помогают, то можно попробовать гипертоническую клизму с прибавлением 2—3 столовых ложек глицерина. Если подозревается спазм кишечника, то полезно за полчаса до клизмы ввести под кожу атропин (Rp. Sol. Atropini sulfurici ex 0,01 . 10,0. DS. Для подкожного впрыскивания, по 0,5—1 см³). Еще лучше действует физостигмин (Rp. Sol. Physostigmini hydrochlorici ex 0,01:10,0 DS. Для подкожных впрыскиваний по 0,5 см³) Введение атропина или физостигмина можно повторять 2—3 раза в день. Мы придаем большое значение питуикрину (по 1 см³ под кожу), который нередко вызывает хорошую перистальтику.

Наилучшим средством при вздутии кишечника является правильно примененная сифонная клизма, особенно через $^1/_2$—1 час

после введения атропина, физостигмина или питуикрина II. Иногда приходится эмпирически испробовать атропин или питуикрин II. Может оказаться эффективным введение в вену стерильного 10% раствора поваренной соли (10 см³).

Мы уже упоминали выше о применении газоотводной трубки, которая может быть неплохим подспорьем в борьбе со вздутием кишечника, но ее нужно вводить правильно. Хорошо смазав вазелином толстую резиновую трубку, а еще лучше желудочный зонд с двумя отверстиями на конце, надо ввести ее насколько можно дальше в прямую кишку. Трубку можно оставлять в кишке не долее получаса. В случае нужды трубку можно повторно вводить несколько раз в день.

Применение всех указанных мер, наряду с применением сердечных средств и с введением под кожу физиологического раствора или глюкозы (с прибавлением адреналина), обычно дает желательный эффект. Иногда помогает промывание желудка теплым физиологическим раствором. Несомненную пользу может принести согревание живота (грелками, тепловым ящиком). В особо тяжелых случаях приходится прибегать к coecostomia, т. е. к вскрытию через разрез передней брюшной стенки слепой кишки (техника наложения свища описана в руководствах по хирургии).

Если имеются данные, говорящие за наличие непроходимости кишечника (ileus), то единственным средством для спасения больной является чревосечение. К счастью, в гинекологической оперативной практике к этому приходится прибегать чрезвычайно редко. Самое главное — это не опускать беспомощно рук и бороться за жизнь больной упорно и всеми доступными средствами.

П е р и т о н и т. Воспаление брюшины (диффузное) является одним из самых грозных, смертельных осложнений послеоперационного периода. Выше (см. стр. 286) было уже указано, что наиболее рациональным методом борьбы с этим осложнением является своевременное оперативное вмешательство. К сожалению, очень трудно бывает установить с точностью время (показания) для операции. Врач бывает поставлен в такие условия, что, с одной стороны, оперативное вмешательство может оказаться преждевременным, а, с другой стороны, когда картина перитонита становится совершенно ясной, хирургическое вмешательство уже запоздало. Во всяком случае меньшей ошибкой будет пробное чревосечение, чем вмешательство при наличии признаков перитонита с сопутствующими ему явлениями общей интоксикации. В случаях далеко зашедшего перитонита, когда больные находятся в тяжелом состоянии, оперативное вмешательство бессмысленно. Нужен большой опыт для того, чтобы оценить все тончайшие оттенки начального течения перитонита, ибо все известные типичные признаки воспаления брюшины обычно появляются слишком поздно. Большей частью развитию диффузного перитонита предшествует и сопутствует метеоризм и явления пареза кишечника, рвота и икота. Расширение желудка также нередко наблюдается в начале и в течение перитонита. Из общих явлений обращают на себя внимание ранние явления падения сердечной деятельности. Если после чревосечения уже в первые 2—3 дня отме-

чается учащение и ослабление пульса и нет указаний на другие причины его изменений, то следует подумать о возможности перитонита. За учащением пульса следует падение кровяного давления. Что касается температуры, то иногда (но не всегда) в начале перитонита она повышается. При молниеносно протекающем перитоните или при значительном упадке сил температура может и не повыситься. Что характерно и служит грозным признаком — это расхождение между частотой пульса и падением температуры. Больная испытывает сильное чувство жажды. Дыхание, вследствие высокого стояния диафрагмы и недостатка кислорода, становится частым и принимает грудной тип.

Психика после кратковременной стадии возбуждения большей частью бывает подавлена. Иногда наблюдается бред.

При гнилостных перитонитах часто наблюдается чувство эйфории (субъективное ощущение благополучия при объективно тяжелом состоянии).

Поставить ранний диагноз начинающегося перитонита — значит своевременно оперировать и, может быть, спасти больную.

Кроме оперативного вмешательства, независимо и параллельно ему должны быть приняты всевозможные терапевтические мероприятия. На первом плане должен стоять специальный уход за больной и забота о хорошей вентиляции (проветривании) палаты и о поддержании чистоты кожи больной. Далее следует борьба с рвотой и парезом кишечника (см. выше) и с падением сердечной деятельности (см. «Шок» и «Коллапс»). Ввиду голодания больной и обезвоживания нужно вводить в вену 40% глюкозу (по 50—60 см³) или под кожу — 5% раствор глюкозы. Глюкозу 5% пополам с физиологическим раствором лучше всего вводить длительно в виде капельных внутривенных вливаний, причем весьма полезно прибавлять к вводимой жидкости адреналин (1 : 1 000), по 1—2 капли на 100 см³ жидкости. Вместо внутривенных капельных вливаний можно применить капельные клизмы (если нет пареза сфинктеров). При введении большого количества глюкозы полезно ввести под кожу 5—8 единиц инсулина. При помощи капельных внутривенных вливаний и капельных клизм можно и должно вводить большие количества жидкости (литры). Наоборот, при единовременном введении в вену жидкости не следует вливать больше 300—400 см³ для того, чтобы не нагружать чрезмерно сердце. Местно можно применять и лед, и грелку, в зависимости от того, что лучше переносит больная.

При тенденции к ограничению перитонита уместнее применение льда.

Расстройства со стороны дыхательных органов в послеоперационном периоде выражаются в бронхите или в явлениях пневмонии и подлежат обычному для этих заболеваний лечению по правилам внутренней медицины (сульфамидные препараты, банки, компрессы, камфора, отхаркивающие средства и т. п.). Гораздо большее значение имеет профилактика этих осложнений. В первую очередь нужно упомянуть о правильном обследовании больных до операции и о правильном выборе наркоза. Это особенно относится к эфирному наркозу, который противопоказан при

заболевании легких. Далее, огромное значение имеет правильное проведение наркоза: чем меньше дано эфира, тем меньше шансов для заболевания легких. Во время наркоза нужно следить, чтобы больные не аспирировали слизи или рвотных масс. Нельзя охлаждать больную в операционной во время перевозки ее из операционной. Для предупреждения легочных осложнений имеет значение, как уже неоднократно упоминалось, достаточно глубокое дыхание больных как во время операции, так и в первые 2 дня после операции (независимо от рода наркоза).

Для углубления дыхания усиленно рекомендуется широкое применение вдыхания углекислоты, возбуждающей дыхательный центр. Особенно опасна аспирационная пневмония в результате неправильного ухода в послеоперационном периоде. Поэтому после операции нельзя оставлять больную ни на минуту одной, пока она не проснется или, по крайней мере пока у нее не появится вновь глотательный рефлекс (больная перестает «давать челюсть»). Нужно следить, чтобы больная не лежала все время в одном и том же положении на спине и поощрять ранние активные движения в постели (см. выше), если же больная слаба, то нужно ее поворачивать на бок. Нельзя допускать, чтобы больные после операции уходили, зарывались плечами в подушку; для этого нужно почаще поднимать их на подушку. В случае заболевания легких больную следует положить высоко (на две подушки или на специальную подставку), что улучшает дыхание и способствует отхаркиванию. Несомненную роль в этиологии послеоперационных пневмоний играет и техника операции: чем бережнее и быстрее проходит операция тем реже встречаются и осложнения со стороны легких.

Расстройства со стороны мочевых органов. Выше, при описании ведения нормального послеоперационного периода, были уже отчасти указаны меры борьбы с послеоперационной ишурией. Если больная упорно не может мочиться самостоятельно, что наблюдается сравнительно нередко, то можно испробовать следующие средства: подкожное введение 3—5 см³ Sol. Magnesiae sulfurici 25%, введение в полный мочевой пузырь 20 см³ 2% раствора борной кислоты в глицерине (нечто вроде клизмы для мочевого пузыря), внутримышечное впрыскивание питуикрина II, введение в вену 5 см³ 40% уротропина. Нередко помогает осторожное подсаживание больной во время мочеиспускания.

Неизбежная длительная катетеризация мочевого пузыря в случае безуспешности консервативных мер, как правило, ведет к более или менее выраженному циститу. Поэтому необходимо профилактически назначать салол или уротропин (по 0,5) 3 раза в день. Если катетеризация продолжается больше 3 дней, то нужно после каждой катетеризации или по крайней мере 1 раз в сутки промывать мочевой пузырь теплым 2% раствором борной кислоты. Нередко больная начинает мочиться самостоятельно после первого же промывания. Обыкновенно самая упорная ишурия проходит, как только больная встает. При явлениях цистита показано промывание мочевого пузыря 2—3 раза в день 2% борной кислотой или ляписом (1 : 3 000) и обильное питье.

Об уходе после операции зашивания мочевой фистулы, было упомянуто при описании операции (см. стр. 243).

Пиэлит может возникнуть как в связи с ишурией и катетеризацией, так и независимо от этих моментов. Сравнительно нередко возникает пиэлит после операции Вертгейма или у лиц, ранее болевших пиэлитом. Лечение пиэлита сводится к назначению тепла на область почки, введению в вену уротропина, к введению большого количество жидкостей (обильного питья) и к назначению молочно-растительной диэты. В редких случаях приходится прибегать к промыванию лоханки.

Нагноение операционных ран. Нагноение кожной или операционной раны во влагалище и культе, а также возникновение параметрита или перитонита всегда зависит от внедрения микробов, т. е. от инфекции. Говорить о предупреждении этих осложнений значит повторять то, на чем мы подробно останавливались в общей части книги. В подавляющем большинстве случаев причины нагноения нужно искать не в эндогенной инфекции, а в упущениях при подготовке больной к операции или во время самой операции. Сюда же нужно отнести и самую постановку работы в отделении.

Каждый случай нагноения должен быть подвергнут строгому анализу. Без расследования причин каждого случая нагноения невозможно предупреждение повторных случаев и повышение уровня работы хирургического отделения. Интересно отметить следующий факт. Иногда в отделении наблюдается серия («полоса») нагноений, свидетельствующая о допущенном прорыве в работе. Большей частью этой серии нагноения предшествует серия случаев, когда после снятия швов из ран выделяется серозная жидкость, напоминающая расплавленную жировую клетчатку или содержащая мельчайшие хлопья расплавленной жировой клетчатки. Не следует объяснять осложнения такими моментами, как рвота, кашель, образование небольших гематом и т. п., потому что причиной в этих случаях всегда является внедрение маловирулентных микробов. Недооценка этого сигнала влечет к полосе настоящих нагноений и более опасных осложнений.

Как только появляются повторные случаи нагноения (или серия вышеупомянутых случаев) необходимо проверить все звенья хирургической работы (руки, шовный материал, автоклавы, ванную комнату, мочалки и т. п.). Полезно на 3 дня прекратить, если возможно, оперативную работу для производства генеральной чистки и бактериологического исследования материала.

Нагноение операционной раны и особенно воспалительные изменения в культях и в параметрии сопровождаются повышением температуры и ухудшением общего состояния больной.

Лечение нагноений следует проводить по всем правилам лечения гнойных ран. Главное правило — это широко открыть рану (кожную или влагалищную) для того, чтобы дать достаточный сток гною.

При параметритах и пельвеоперитонитах соблюдают общие правила консервативного или, если нужно, хирургического лечения этих заболеваний.

Расхождение брюшной раны с выхождением внутренностей (эвентерация). Это осложнение наблюдается редко, притом преимущественно у ослабленных больных или после операции по поводу рака, особенно в случаях, протекавших со рвотой и с осложнениями со стороны дыхательных путей (кашель). Встречаются, впрочем, случаи, в которых полное расхождение брюшной раны с выхождением петель кишечника после снятия швов является единственным послеоперационным осложнением. В подавляющем большинстве случаев расхождение брюшной раны с эвентерацией происходит без видимых признаков нагноения. Подкожная клетчатка и другие слои брюшной раны производят впечатление вялых безжизненных тканей, не имеющих следов свежих грануляций. Некоторые объясняют такую вялость общим ацидозом организма (пониженным коэфициентом резервной щелочной крови). Интересно, что при больших нагноениях кожной раны почти никогда не наблюдается эвентерации. Тотчас после обнаружения эвентерации необходимо немедленно взять больную в операционную и с соблюдением всех правил асептики приступить к повторному зашиванию брюшной раны. Если рана разошлась не на всем протяжении, то надежнее расслоить ее до конца (что обычно очень легко сделать) и зашить вновь. Мы шьем обыкновенно следующим образом: брюшину, мышцы и апоневроз мы зашиваем en masse (т. е. не послойно) узловыми прочными кетгутовыми лигатурами, а края кожи соединяем шелковыми лигатурами. Обычно повторное зашивание ведет к прочному срастанию.

В исключительно редких случаях полного расхождения брюшной раны в результате нагноения эвентерация обычно бывает неполной, и кишечная петля (или петли) бывает припаяна к париетальной брюшине. В этих случаях нерационально зашивать рану; ее нужно вести открытым способом, как гнойную рану, принимая все меры против вздутия кишечника. Рана и, в том числе, серозный покров кишечных петель покрывается грануляциями и постепенно закрывается, образуя огромный рубец. В этих случаях обыкновенно образуется в дальнейшем послеоперационная грыжа.

Тромбоз и эмболия. Тромбоз представляет собой процесс прижизненного образования в кровеносных сосудах пробок, состоящих главным образом из форменных элементов крови (так называемые конглютинационные тромбы). Эмболия заключается в переносе по кровяному руслу и оседании в том или ином месте оторвавшихся частиц тромба. Тромбоз занимает значительное место в клинике послеоперационных осложнений.

В подавляющем большинстве случаев тромбоз локализуется в венах таза и бедер, причем, как показывает статистика, левая сторона поражается вдвое чаще правой. Тромбоз чаще встречается у больных старше 30—40 лет. Существуют две теории возникновения послеоперационного тромбоза — механическая и инфекционная. С точки зрения механической теории главными этиологическими факторами тромбоза являются: 1) нарушение циркуляции крови, 2) повреждение сосудистой стенки и 3) изменение состава крови. То обстоятельство, что излюбленным местом образования тромбов являются вены нижних конечностей (даже, если операция произведена

на отдаленном от них органе), говорит за то, что здесь замедление тока крови играет несомненную роль. Преобладание тромбоза левой конечности является отчасти подтверждением этого предположения. Известно, что вообще левая сторона тела менее развита; менее развита на этой стороне и мышечная сила, играющая, как известно, роль так называемого «добавочного сердца», способствующего оттоку венозной крови. Особенности впадения левой v. femoralis и v. cava inferior, тройное давление, испытываемое ею со стороны a. iliaca externa dextra, a. sacralis media и a. hypogastrica sinistra, также является моментом, затрудняющим отток крови из левой конечности. Не только местное замедление циркуляции крови, но главным образом слабость сердечной деятельности, несомненно, значительно способствуют тромбозу. Клинический опыт дает этому довольно веские доказательства. Так, Яшке удалось значительно снизить процент послеоперационных тромбозов и эмболий благодаря систематическому применению до операции дигиталиса (наперстянки). Таким образом, усиление сердечной деятельности (повышение кровяного давления) значительно уменьшает процент тромбозов, что является доказательством правильности механической теории. Преобладание тромбоза в возрасте после 40 лет тоже можно отнести за счет пониженной резистентности сердца в этом возрасте. Изменения самых стенок сосудов, например, склеротические, как это часто бывает в более пожилом возрасте, или образование варикозных узлов также могут служить этиологическим моментом тромбоза. В особенности важно изменение эндотелия, который в здоровом состоянии обладает, повидимому, свойством уменьшать свертываемость крови. Повреждение стенок сосудов в связи с местными или общими затруднениями в циркуляции также может способствовать развитию тромбоза.

Вопрос о химических изменениях крови, как факторе, способствующем образованию тромбозов, еще недостаточно изучен. Речь может итти главным образом о пониженной или повышенной свертываемости крови. Во всяком случае при заболеваниях, протекающих с повышенным содержанием фибрина в крови, тромбоз наблюдается не чаще, чем при других заболеваниях.

Инфекционная теория не всегда может объяснить этиологию тромбоза. Так, например, известно, что операция по поводу рака шейки матки весьма опасна в отношении возможности инфекции, однако операции по поводу фибромиомы матки дают гораздо больший процент тромбозов по сравнению с операцией Вертгейма. Если инфекция, как показывают клинические наблюдения и некоторые экспериментальные исследования, не всегда является причиной тромбоза, то нельзя совершенно отрицать ее значение. Инфекция может вызвать тромбоз механически вследствие сдавливания вен или же воспалительных изменений в стенке сосудов.

Таким образом, нужно признать, что этиология тромбоза многообразна и сложна и, может быть, зависит, как нам кажется, от некоторых еще недостаточно изученных причин конституционального характера.

П р о ф и л а к т и к а т р о м б о з а, а следовательно, и эмболии должна проводиться до, во время и после операции. Если верно

одно положение что нужно уметь оперировать, то не менее верно и другое положение, что нужно уметь и отбирать больных на операцию. Тщательное взвешивание всех обстоятельств за и против операции имеет большое значение.

Pruritus chirurgicus (оперативный «зуд») может в этом отношении принести огромный вред. Поэтому, если нет каких-нибудь серьезных показаний к немедленной операции, как, например, при внематочной беременности, злокачественном новообразовании и т. п., то больная должна быть тщательно предварительно подготовлена (поднятие питания, отдых, сердечные средства, переливание крови). В нашей практике есть много примеров, когда обескровленные (до 16% гемоглобина) женщины, страдавшие фибромиомами матки, прекрасно переносили сложные операции после предварительной предоперационной подготовки. Несомненно, благоприятное влияние в смысле профилактики тромбоза оказывает предварительное тонизирование сердечной мышцы до операции. Нет никакого сомнения и в том, что принципиальный консерватизм в лечении опухолей придатков, давность которых невелика и относительная стерильность которых достаточно не проверена, может между прочим уменьшить процент послеоперационного тромбоза.

Профилактика тромбозов во время операции немыслима, само собой разумеется, без строжайшего проведения правил асептики, значение которой общеизвестно. Мы придаем огромное значение принципу строго анатомического разделения тканей острым путем. Употребление ножа и ножниц вместо грубого отодвигания тканей марлевыми тупферами менее травматизирует последние, дает меньшее кровотечение, что, несомненно, предохраняет от возможности гематом с последующей инфекцией; в то же время это значительно ускоряет операцию, что естественно, весьма благоприятно сказывается на сердечной деятельности больной. Нужно так же избегать и образования больших массивных культей.

Что касается профилактики тромбоза (и эмболии) в послеоперационный период, то и здесь главную роль должна играть забота о правильной функции легких и сердца, благодаря чему улучшается кровообращение (см. выше). Мы придаем большое значение в борьбе с метеоризмом — ранним активным движениям оперированной уже в постели, ибо вздутие кишечника затрудняет дыхание и сердечную деятельность, а тем самым способствует развитию застоя крови.

Диагностика тромбоза вен сравнительно не трудна. Характерным признаком тромбоза является местная боль, повышение температуры и ступенеобразное учащение пульса (симптом Малера). Интересно, что при пальпации ноги боль почему то нередко ощущается в икроножных мышцах. При тромбозе бедренной вены (наиболее частом) больные обычно жалуются на боли в области паховой складки. Место боли ощущается оперированной кнутри от расположения бедренной артерии, где нередко можно ощупать в тканях инфильтрацию. Вскоре вся нога отекает, причем отек достигает больших размеров. Отечность постепенно спадает, но небольшой отек может оставаться в продолжение многих лет. При закупорке v. saphenae magnae, конечность не отекает.

Лечение тромбоза вен нижней конечности заключается прежде всего в покое. Больную укладывают в постель на 6 недель с момента диагносцирования тромбоза. Нога должна быть приподнята на 30—45° и удобно положена на подушки. Лучше всего уложить ее в шину, окутав ватой и марлевым бинтом. С момента первых признаков тромбоза полезно назначать время от времени пиявки (кровососные) по ходу вен. Пока держится высокая температура, предпочтительнее прикладывать к ноге холод. В дальнейшем, когда температура спадает или становится субфебрильной, применяется тепло (согревающие компрессы, грелки, тепловой ящик). За больной нужно внимательно ухаживать, мыть, следить за отправлением кишечника и мочевого пузыря и т. д. Особенно внимательно нужно следить за крестцовой областью, чтобы не допустить образования пролежней. Поднять больную с постели можно не ранее 6 недель, когда тромб в достаточной степени организуется и исключена опасность эмболии. Ввиду того, что больные залеживаются в стационаре надолго, нужно заботиться о частом проветривании палаты и, если возможно, вывозить их на кровати на свежий воздух. В пище должно быть достаточное содержание витаминов (особенно витамина С).

Паротит (воспаление околоушной железы) наблюдается после операции сравнительно редко у ослабленных больных с осложненным послеоперационным периодом. Инфекция попадает в железу либо через полость рта (через проток), либо гематогенным путем. В качестве профилактики имеет значение тщательное поддержание в чистоте полости рта (дезинфицирующие полоскания, очищение языка, зубов).

Лечение развившегося паротита должно быть консервативным. Хирургическое вмешательство необходимо в случае образования абсцесса. Мы очень рекомендуем при паротитах применение согревающих повязок (а не компрессов) с мазью следующего состава: Rp. Camphorae tritae 10,0; Spiritus Vini 5,0; Axungui porci 20,0. DS. Мазь. Мазь нужно намазать толстым слоем на марлю, приложить к щеке и, прикрыв щеку толстым слоем ваты, хорошо забинтовать.



Редактор *Н. И. Яковлев*
Техн. редактор *Н. П. Ермаков*

Подписано к печати 27/I 1947 г.
Печ. листов $19^{1}/_{4}$ Уч. изд. л. 23 л.
Формат $60 \times 92^{1}/_{16}$ Тираж 20 000
НС 00713. Заказ № 223
Цена 18 руб. 50 коп.

5-я типография треста
«Полиграфкнига» Огиза при
Совете Министров СССР
Свердловск, ул. Ленина, 47.

Цена 18 руб. 50 коп.